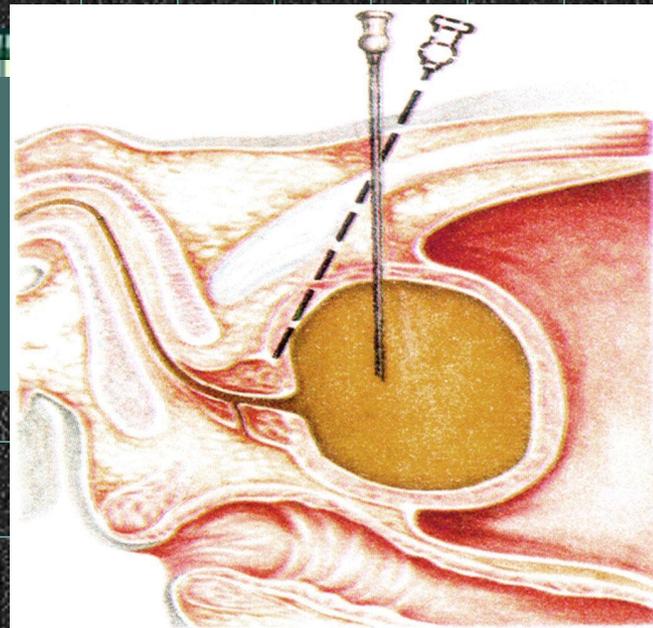
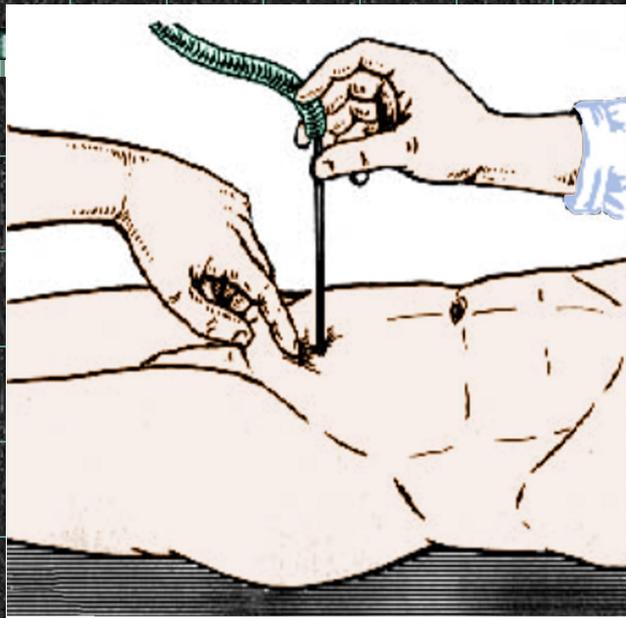


Операции на мочевом пузыре

Прокол мочевого пузыря

Показания: задержка мочи при невозможности применить катетеризацию.

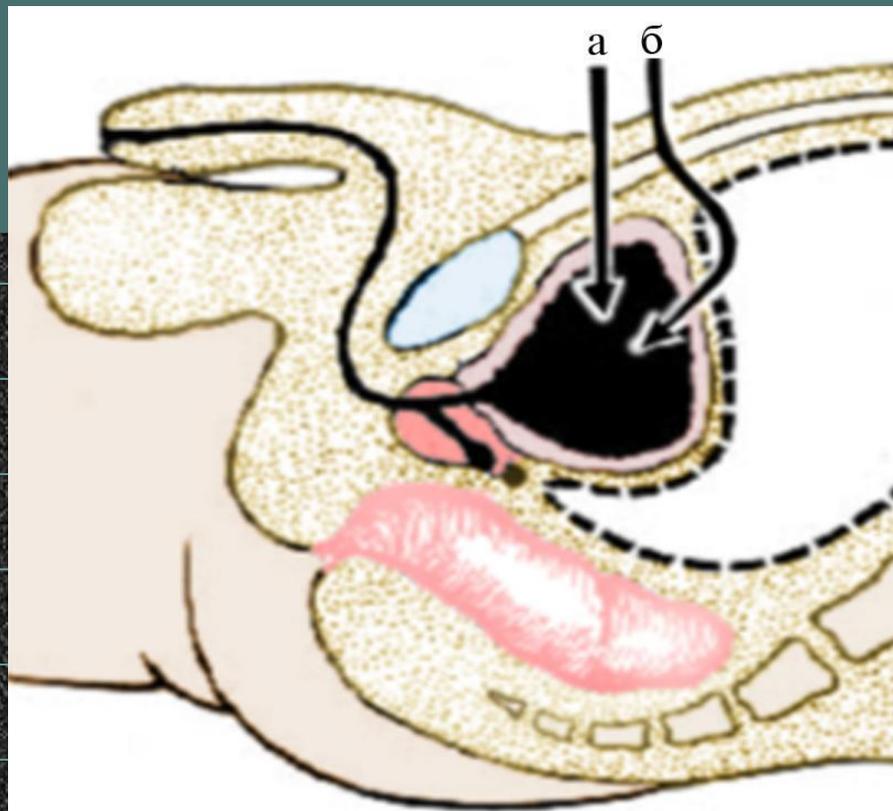


1. Положение больного на спине по Тренделенбургу с приподнятым тазом.
2. Сдвинув кожу вкалывают иглу по белой линии живота на 2-3 см выше симфиза, проходя через поперечную фасцию, позадилобковое пространство Рейтца, предпузырную фасцию и переднюю стенку мочевого пузыря.
3. В момент начала выделения мочи продвижение иглы прекращают.

Хирургические доступы к мочевому пузырю

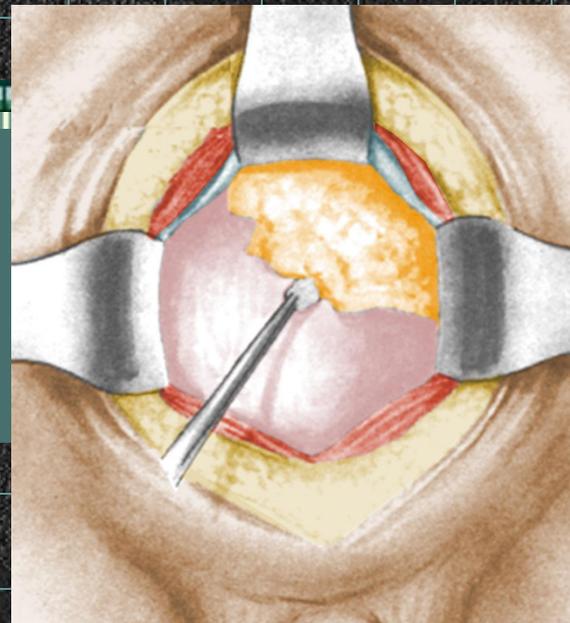
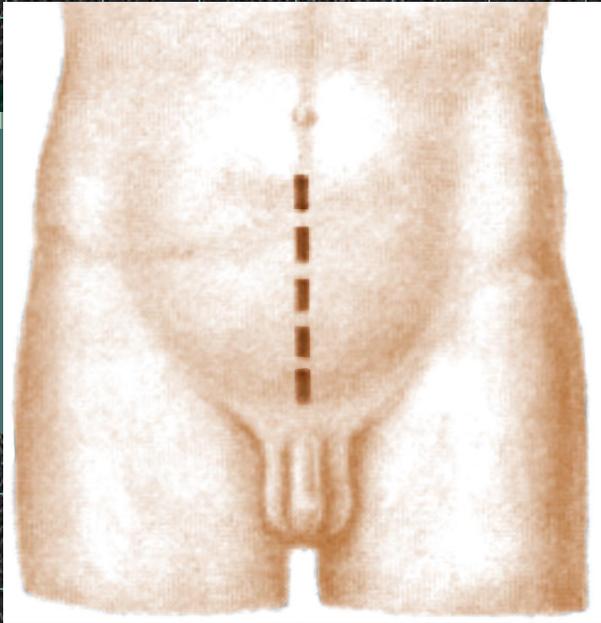
Внебрюшинные

Внутрибрюшинные



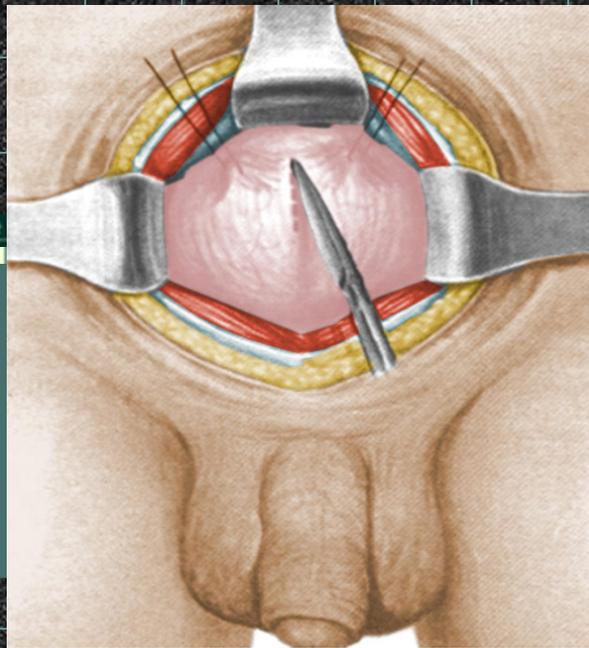
Цистотомия или высокое сечение мочевого пузыря

Показания: камни мочевого пузыря, инородные тела, полипы и др.



1. **Предварительно проводят** наполнение мочевого пузыря **через резиновый катетер** для смещения дна брюшинного мешка **вверх**.
2. **Выполняют нижнюю срединную лапаротомию** по **белой линии живота**.
3. Тупо **разделяют** прямые **и** пирамидальные **мышцы в стороны**, **рассекают** поперечную **фасцию и** **обнажают** позадилобковое пространство.
4. **Жировую клетчатку** **сдвигают** к **верхушке мочевого пузыря с** **переходной складкой** брюшины.

Цистотомия



5. Накладывают две держалки на переднюю верхнюю стенку мочевого пузыря и вскрывают мочевой пузырь между ними. Выполняют манипуляции (например, удаление камня, коагуляцию полипа).
6. Ушивают рану мочевого пузыря субмукозными швами.
7. Линию шва укрывают поперечной брюшинной складкой.
8. В позадилобковое пространство укладывают дренажную трубку.
9. Швы на кожу.

Осложнение: возможность отслоения подслизистого слоя.

Цистостомия

Показания: травматические разрывы уретры, повреждение передней стенки мочевого пузыря и др.

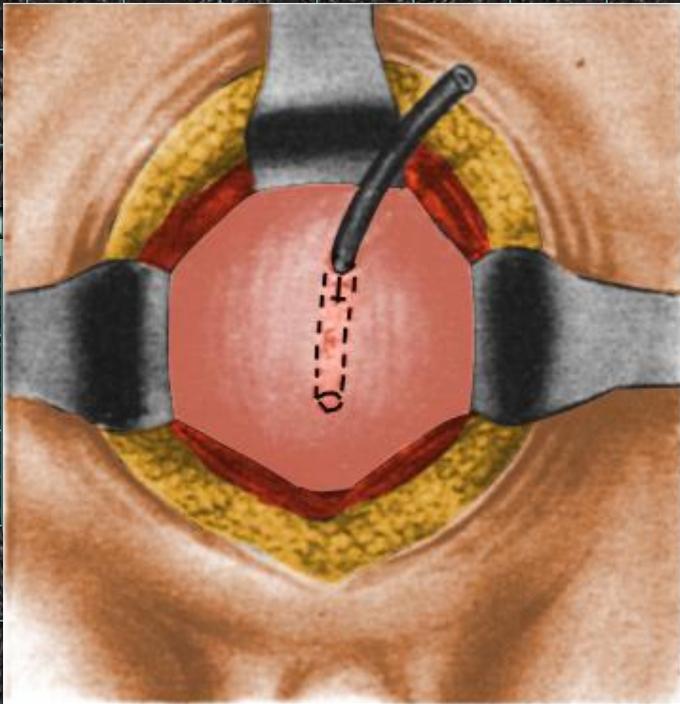
```
graph TD; A[Цистостомия] --> B[Виды]; B --> C[Временная]; B --> D[Постоянная];
```

Виды

Временная

Постоянная

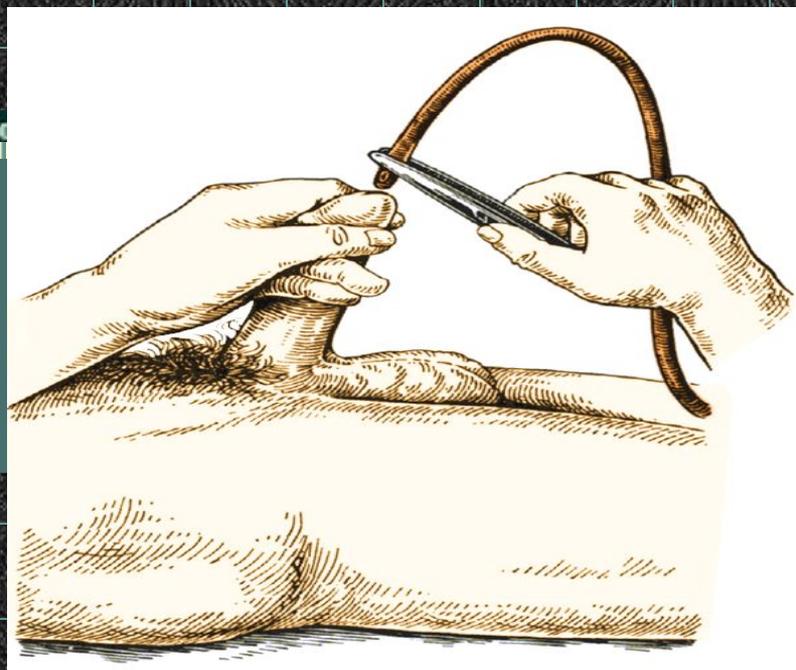
Цистостомия



1. **Выполняют нижнюю срединную лапаротомию.**
2. **Резиновую трубку вводят в просвет мочевого пузыря.**
3. **Стенку мочевого пузыря ушивают субмукозными швами.**
4. **В случае наложения временной цистостомы дренажную трубку выводят наружу и выполняют «цистопексию», подшивая стенку мочевого пузыря вокруг трубки к париетальной брюшине передней брюшной стенки.**
5. **При наложении постоянной (губовидной) цистостомы слизистую оболочку мочевого пузыря подшивают к коже.**

Катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером

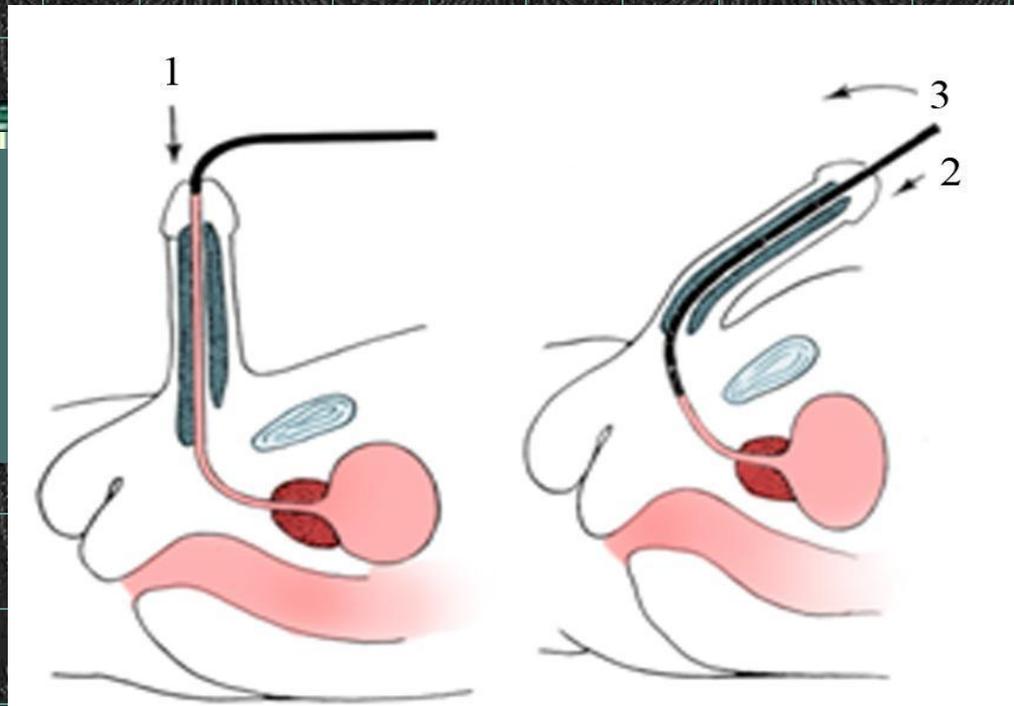
Показания: нарушение мочеиспускания при аденоме предстательной железы, операции на органах таза и др.



- 1. Врач располагается слева от больного и в левую руку берет половой член ниже головки, раздвигая губки наружного отверстия уретры большим и указательным пальцем.**
- 2. Дистальный конец катетера фиксируют между IV и V пальцами правой руки, а проксимальный – удерживают пинцетом.**
- 3. Катетер вводят в уретру, подтягивая половой член кверху.**
- 4. При появлении мочи продвижение катетера прекращают.**

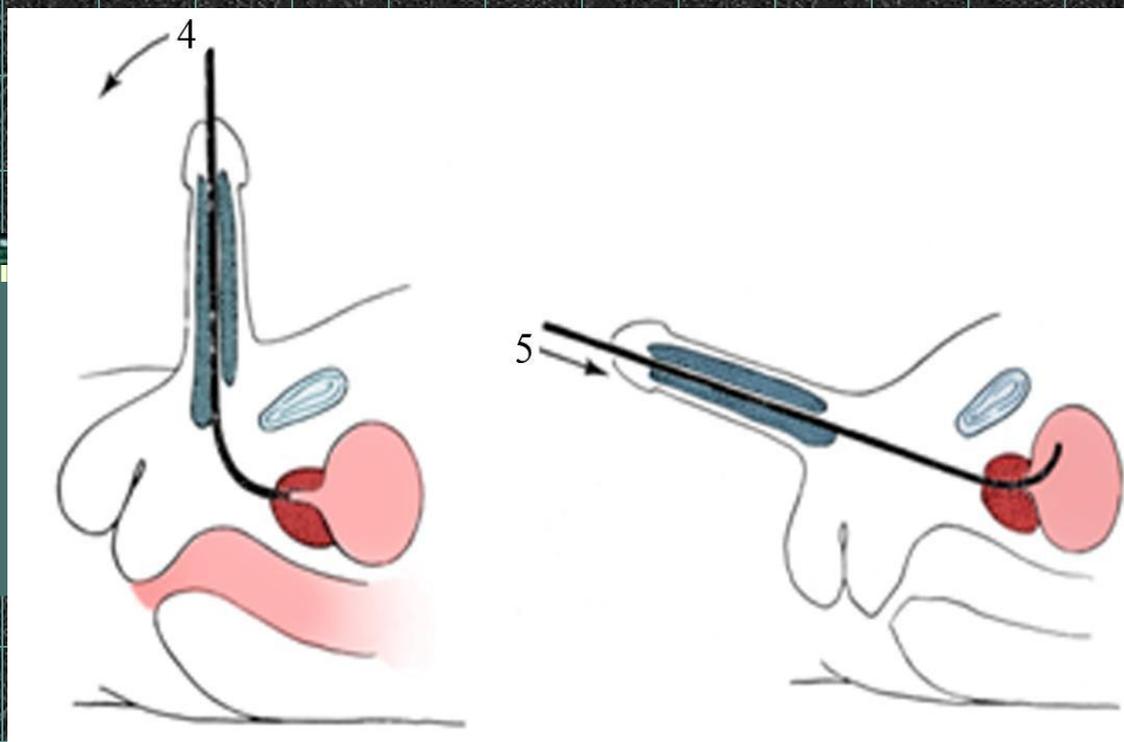
Катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером

Показания: невозможность проведения катетеризации мочевого пузыря резиновым катетером.



1. **Врач располагается слева от больного. В левую руку берет половой член ниже головки, приподнимает его кверху относительно передней брюшной стенки.**
2. **Правой рукой вводит в уретру клюв металлического катетера и одновременно натягивают на катетер половой член смещая его к передней брюшной стенке для прохождения подлобковой кривизны, где располагается наружный (или произвольный) сфинктер мочеиспускательного канала.**

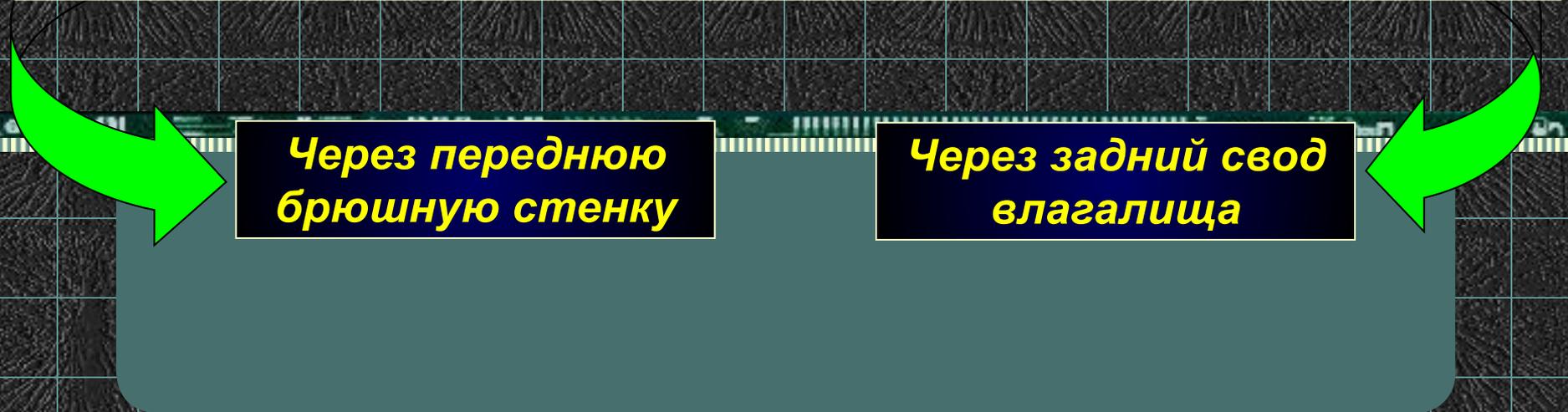
Катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером



- 3. Катетер** продвигают в уретру, **проникая в луковичную** ее часть **до внутреннего сфинктера, где он встречает препятствие.**
- 4. Половой член вместе с введенным катетером** переводят на срединную линию и **постепенно опускают книзу в сторону мошонки.**
- 5. Преодолевая сопротивление** внутреннего (или произвольного) сфинктера мочеиспускательного канала **клюв катетера** продвигают в мочевой пузырь. **Доказательством** является возможность поворачивать клюв катетера в стороны по продольной оси.

Дренирование флегмон таза

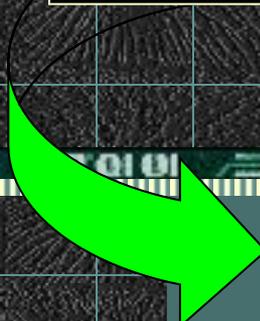
Способы дренирования флегмон таза



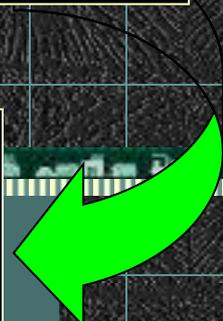
**Через переднюю
брюшную стенку**

**Через задний свод
влагалища**

Дренажирования флегмон таза через переднюю брюшную стенку

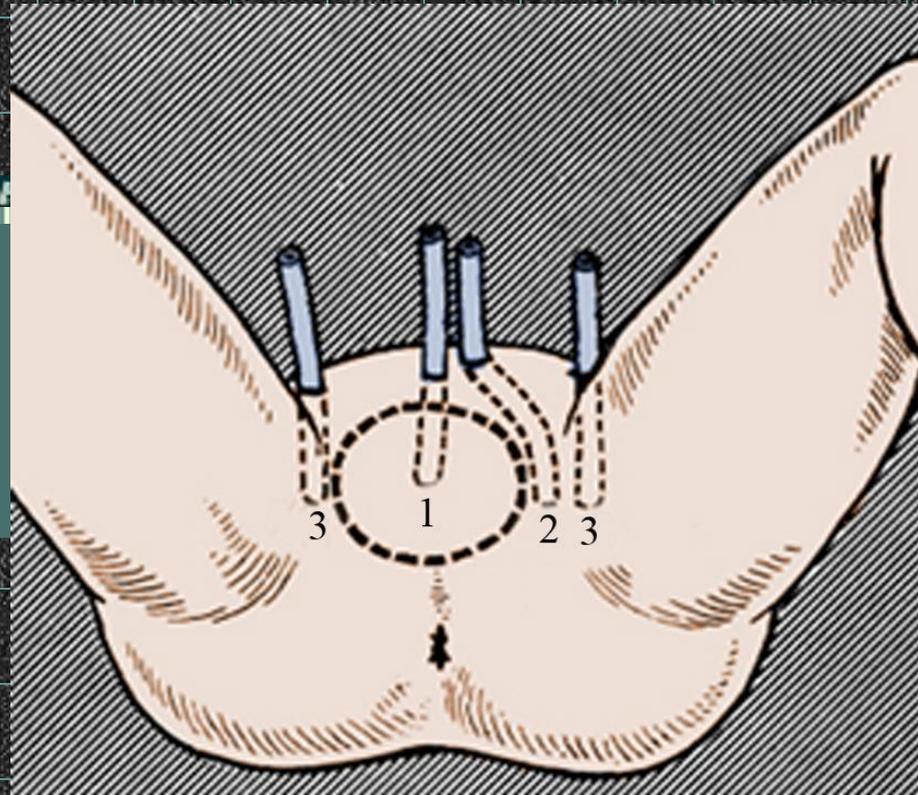


Позадилобковые флегмоны
дренируют надлобковым
разрезом Кейя по белой линии
или трансректальными
разрезами.



Околопузырные флегмоны
дренируют разрезами по
параректальной линии.

Способы дренирования таза через переднюю брюшную стенку



1. При небольших операциях в области таза достаточно наложения эпицистостомы (1), при околопузырных флегмонах дренажные трубки укладывают сбоку от мочевого пузыря (3) или в позадилобковом пространстве (2).
2. Рану брюшной стенки ушивают послойно до дренажей, которые фиксируются кожными швами.

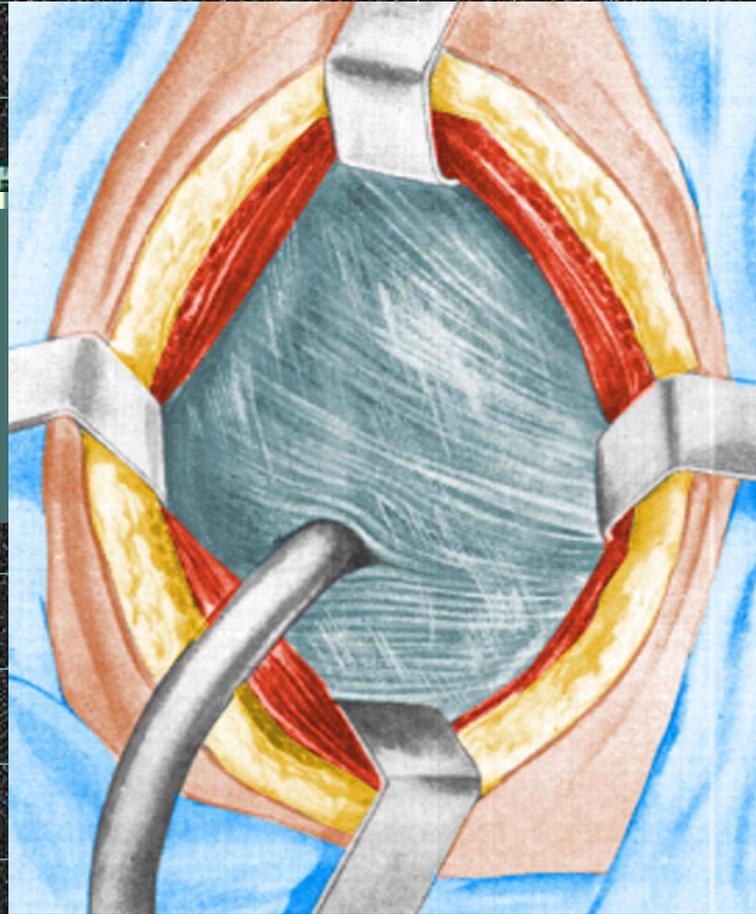
Дренирование флегмон таза методом Буяльского-Мак Уортера

Показания: глубокие гнойники таза



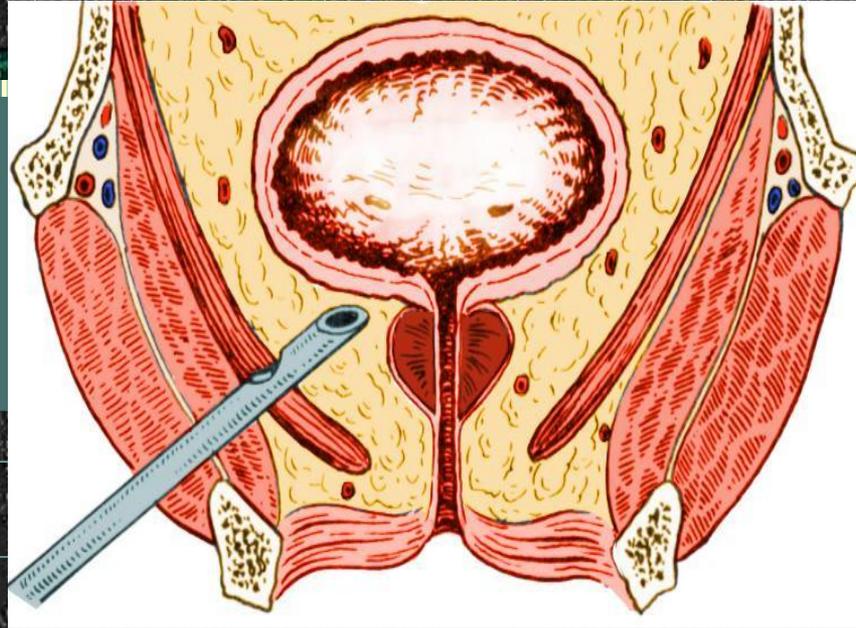
1. Положение больного на спине по Траенделенбургу.
2. На внутренней поверхности бедра относительно возвышения *m. gracilis* и *m. adductor longus*, делают поперечный разрез отступя от бедренно-промежностной складки вниз на 3-4 см.

Дренирование флегмон таза методом Буяльского-Мак Уортера

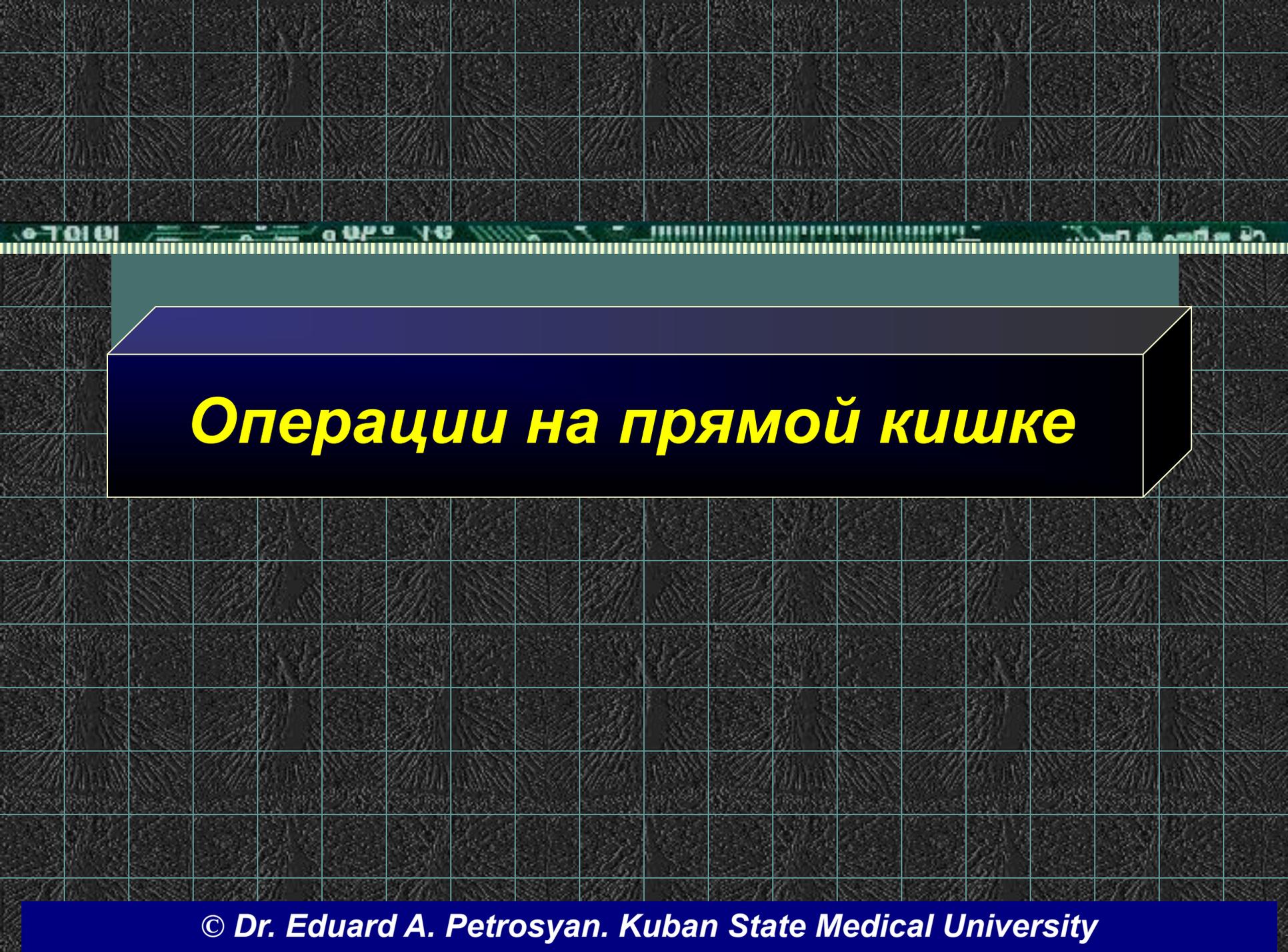


3. Тупо раздвигают волокна наружной запирательной мышцы, рассекают запирательную мембрану вдоль нисходящей ветви лонной кости и вставляют дренажную трубку.

Дренирование флегмон таза методом Буяльского-Мак Уортера



4. **Проникают** через запирательное отверстие **в** седалищно-анальную ямку **и** далее через *m. levator ani* **в** околопузырное пространство **с** последующим его дренированием.



Операции на прямой кишке

Хирургическое лечение парапроктита

Парапроктит – воспаление околопрямокишечной клетчатки

Исходы хирургического лечения острого парапроктита



1. Выздоровление

2. Рецидив

**3. Переход в хроническую форму
с образованием свищевого хода**

Классификация острых парапроктитов по Миллигану-Моргану (1934)

1. Подкожный

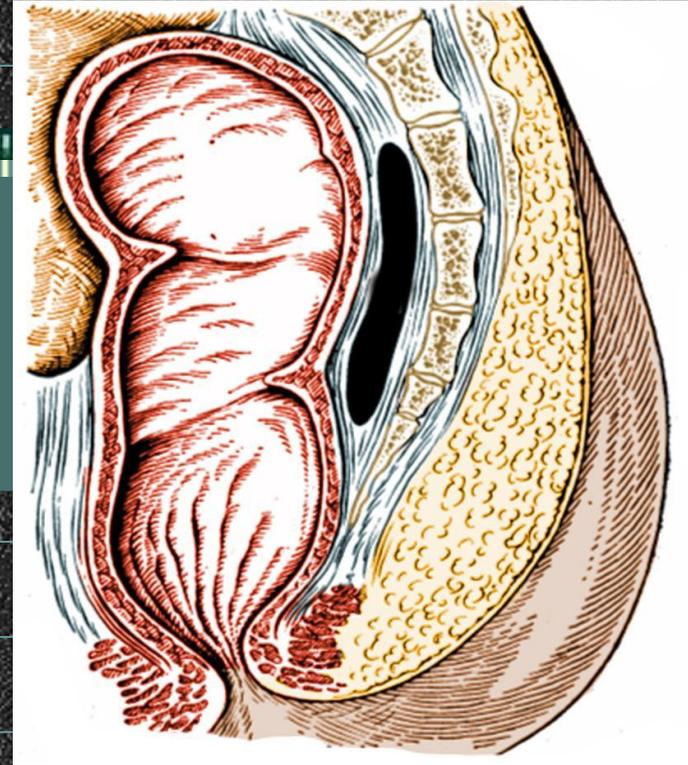
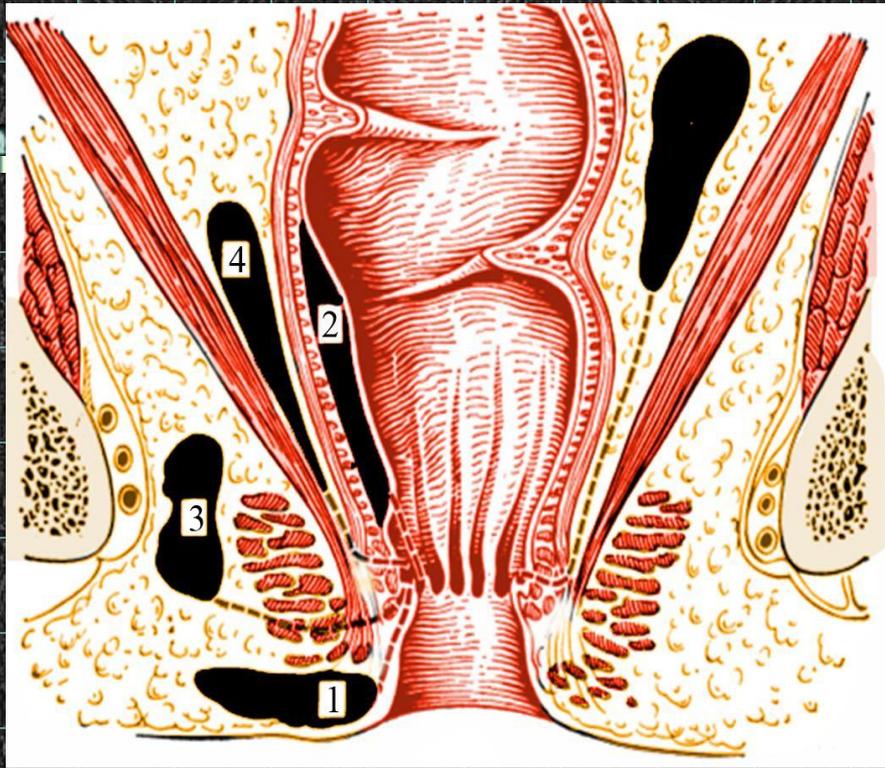
2. Подслизистый

3. Высокий

4. Низкий

5. Аноректальный

Классификация острых парапроктитов по А.М. Аминеву (1956)



1. Подкожный

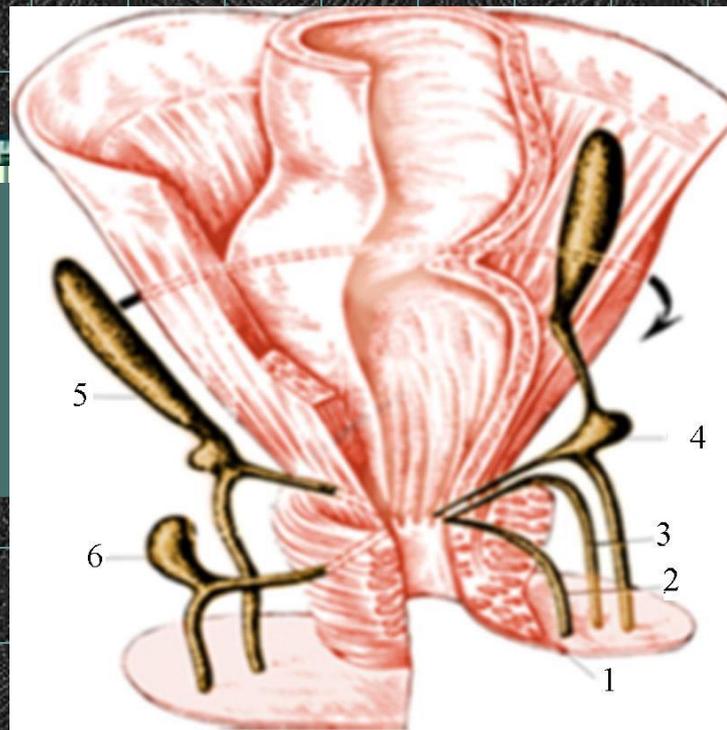
2. Подслизистый

3. Седалищно-прямокишечный

4. Тазово-прямокишечный

5. Позади-прямокишечный

Варианты расположения свищевого хода по отношению к волокнам сфинктера



1. Интрасфинктерный

2. Транссфинктерный

3. Экстрасфинктерный

Этапы операции при остром парапроктите

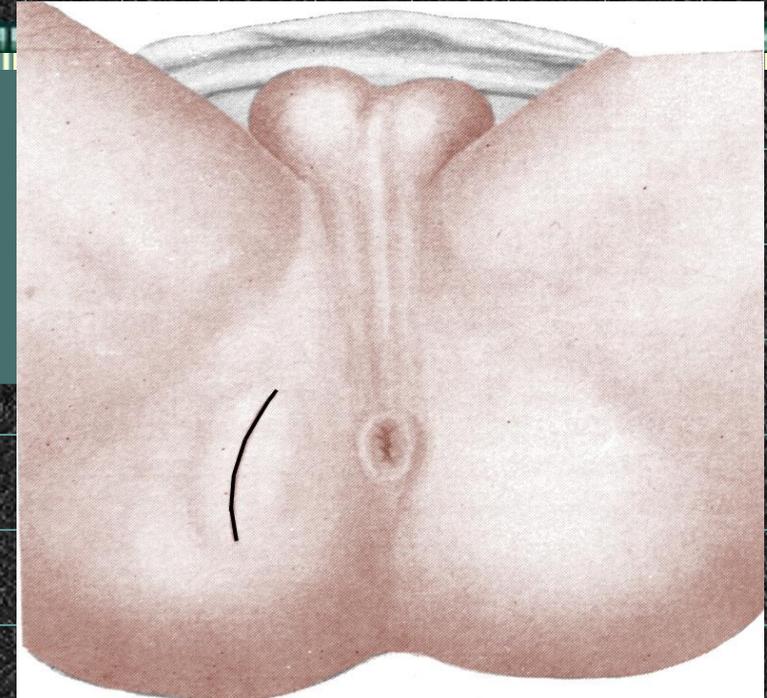
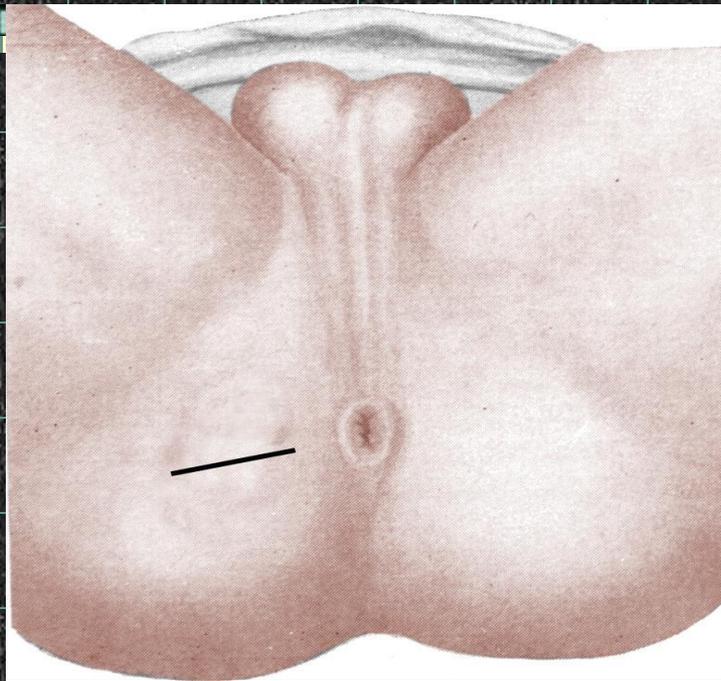
I этап – вскрытие и дренирование гнойника

II этап – ликвидация внутреннего свищевого отверстия, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой

Виды разрезов при остром парапроктите

Радиальный

Полулунный



1. Радиальный разрез **выполняется при подкожных и подслизистых парапроктитах, когда свищевой ход располагается интрасфинктерно**

2. Полулунный разрез **выполняется при тазово-прямокишечных, седалищно-прямокишечных и позади-прямокишечных парапроктитах**

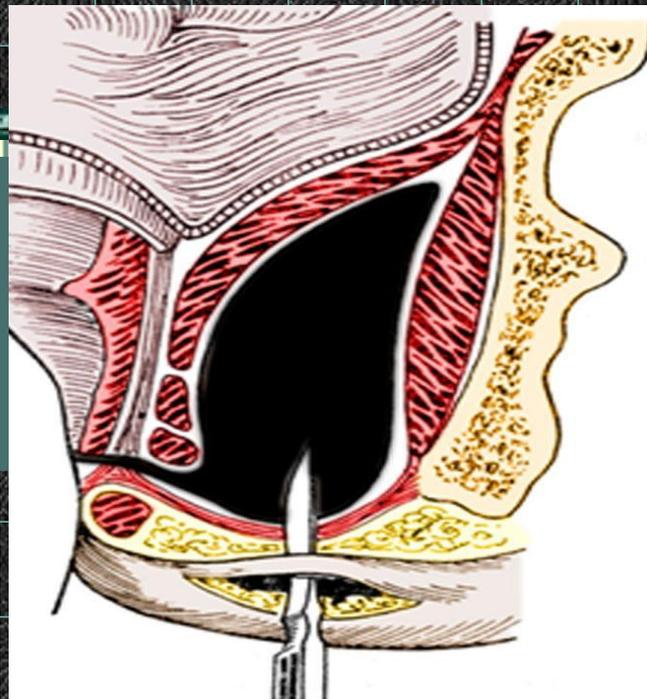
Операция при подкожном парапроктите

1. Отступают 3 см от заднепроходного отверстия, чтобы не повредить волокна наружного сфинктера прямой кишки, проводят радиальный разрез над местом флюктуации.
2. Со стороны раны в просвет прямой кишки через отверстие свищевого хода проводят желобоватый зонд.
3. Свищевой ход рассекают по зонду.
4. Рану тампонируют турундами с мазью Вишневского.

Операция при подслизистом парапроктите

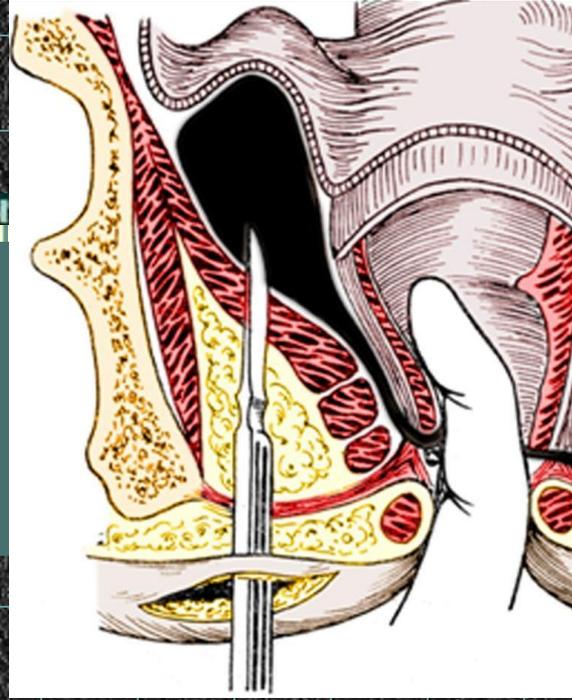
1. Радиальный разрез проводят со стороны просвета прямой кишки от зубчатой линии через пораженные крипты до мышечной оболочки к кожно-анальной линии.
2. Иссекают нависающие края слизистой оболочки и пораженную крипту с внутренним отверстием свища.
3. Рану тампонируют турундами с мазью Вишневского.

Операция при седалищно-анальном парапроктите



1. Полулунным разрезом **вскрывают гнойник** между седалищным бугром и заднепроходным каналом, **отступя от последнего 4 см.**
2. **Указательным пальцем в полости гнойника** разрывают перегородки и карманы, **удаляют гной, создавая благоприятные условия для заживления раны.**
3. **Рану тампонируют турундами с мазью Вишневского.**

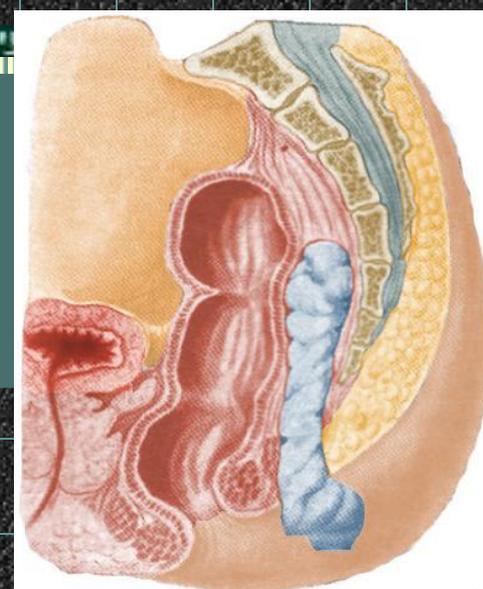
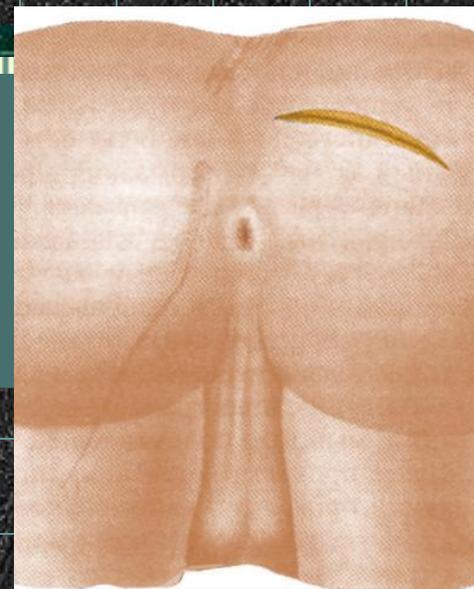
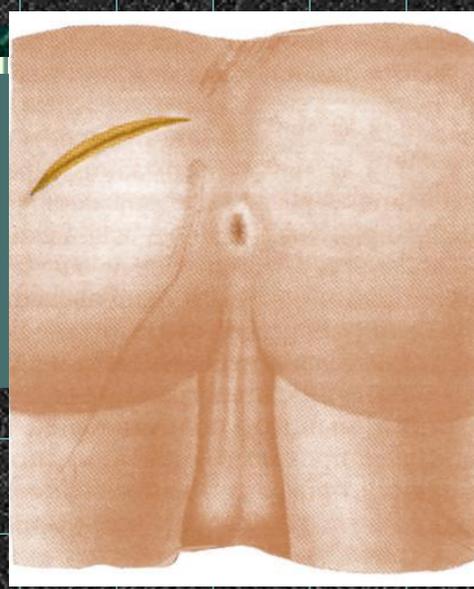
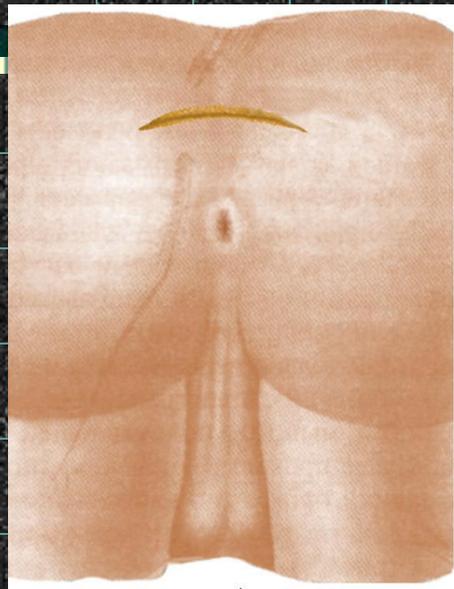
Операция при тазово-прямокишечном парапроктите



1. Полулунный разрезом вскрывают гнойник между седалищным бугром и анальным каналом отступя 4 см от последнего, рассекая кожу, подкожную и седалищно-анальную клетчатку.
2. Продольным разрезом **рассекают** *m. levator ani* и **попадают в тазово-прямокишечное пространство. Операцию заканчивают дренированием гнойника.**
3. У женщин **тазово-прямокишечный абсцесс вскрывают через задний свод влагалища.**

Операция при позади-прямокишечном парапроктите

Позади-прямокишечный парапроктит является экстрасфинктерным и сообщается с просветом прямой кишки через заднюю крипту.



Операцию проводят в два этапа:

I этап – вскрытие и дренирование гнояника с использованием полулунного разреза, проведённого между копчиком и задним проходом. Чтобы не повредить анально-копчиковую связку разрезы можно проводить справа и слева от срединной линии.

II этап – проведение шелковой лигатуры через внутреннее отверстие свища с пересечением lig. апососсугеа на расстоянии 1 см от верхушки копчика.

Хронические парапроктиты

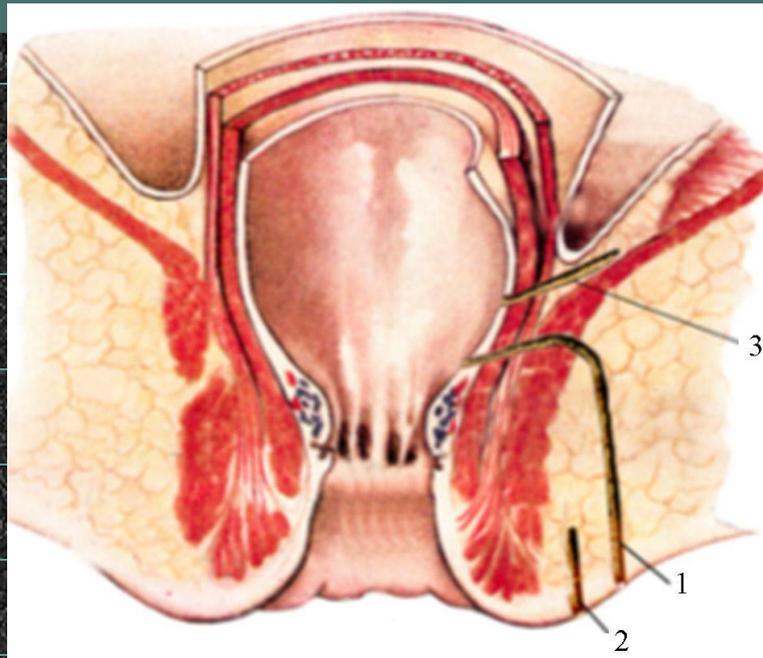
Хронический парапроктит характеризуется наличием **сформированного свищевого хода**, внутреннего отверстия в просвете кишки и **наружного отверстия на коже промежности**.

Внутреннее свищевое отверстие **представляет собой устье инфицированной анальной железы, открывающейся в морганиевой крипте, которое является источником периодического реинфицирования параректальной клетчатки. При этом заживлению свищевого хода препятствует эпителизация его стенок.**

Классификация свищей при хронических парапроктитах

1. Полные свищи, которые открываются как на слизистой оболочке прямой кишки, так и на коже.
2. Неполные наружные свищи, которые открываются только на коже.
3. Неполные внутренние свищи, которые открываются только на слизистой оболочке прямой кишки.

Свищи могут быть простыми, имеющими прямолинейный ход и сложными с наличием полостей.



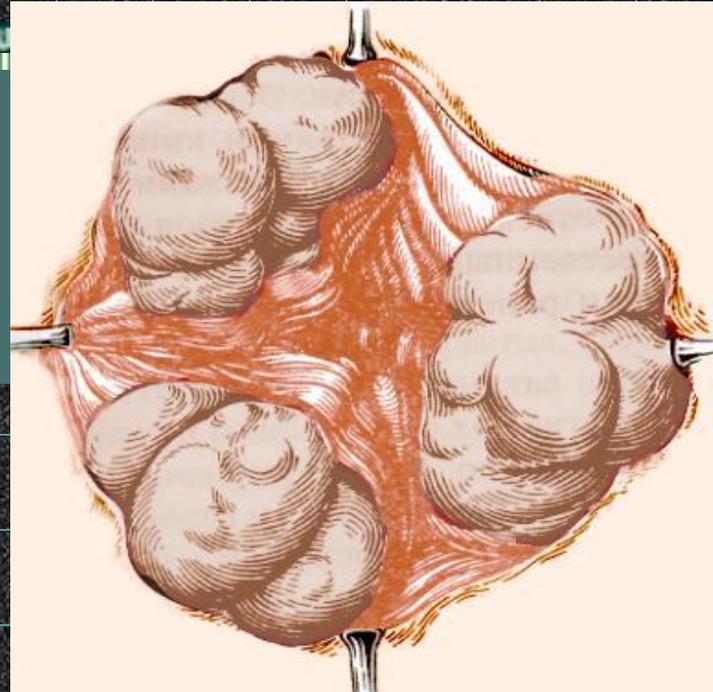
Иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля)



1. Через наружное отверстие **прокрашивают** свищевой ход **метиленовым синим**.
2. **Ректальным зеркалом** разводят стенки **заднепроходного канала** для **определения** внутреннего отверстия свища.
3. Через наружное отверстие **во** внутреннее **вводят** пуговчатый желобоватый зонд **по которому** рассекают **и** клиновидно иссекают мостик тканей **острием** обращенный **в просвет кишки** между наружным **и** внутренним свищевыми отверстиями.
4. **Рану тампонируют** турундой с мазью **Вишневского**.

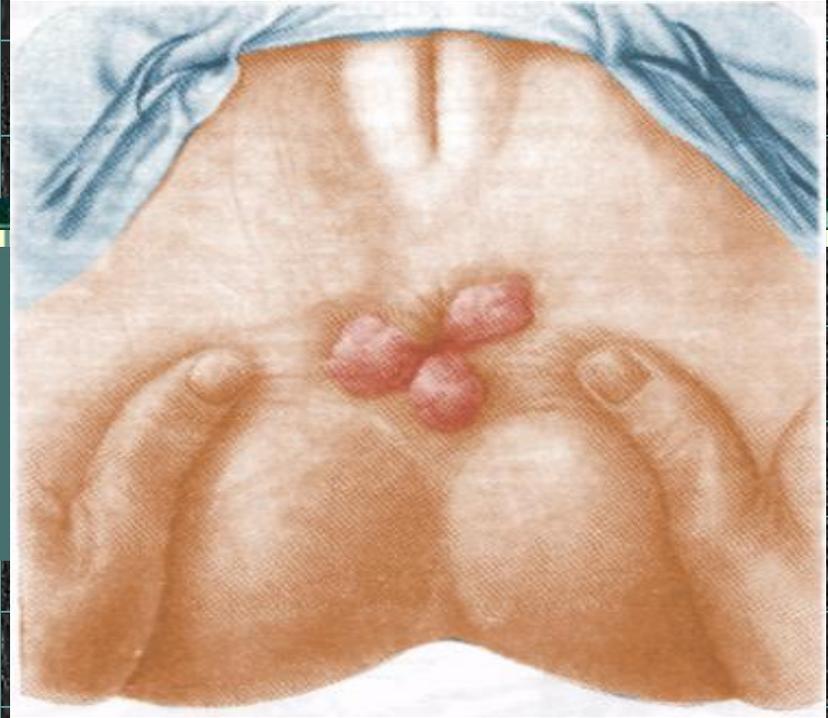
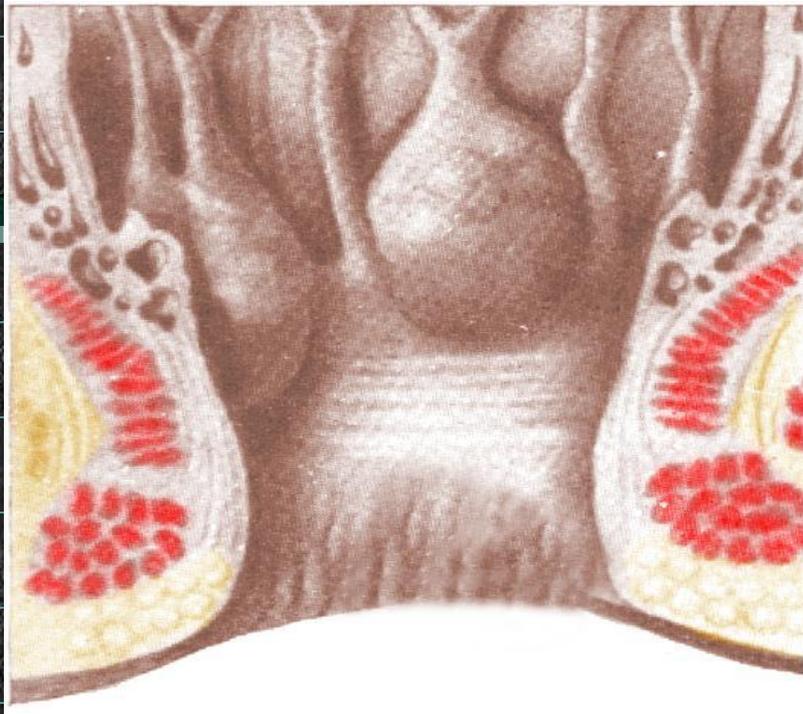
Операции при геморрое

Геморрой – варикозное расширение венозных сплетений подслизистого слоя **в заднепроходном канале** прямой кишки.



Миллиган и Морган установили, что в подавляющем большинстве случаев геморроидальные узлы располагаются на стенках заднепроходного канала **в точках, проецирующихся на 3, 7 и 11 часах** при положении тела на спине.

Операции при геморрое

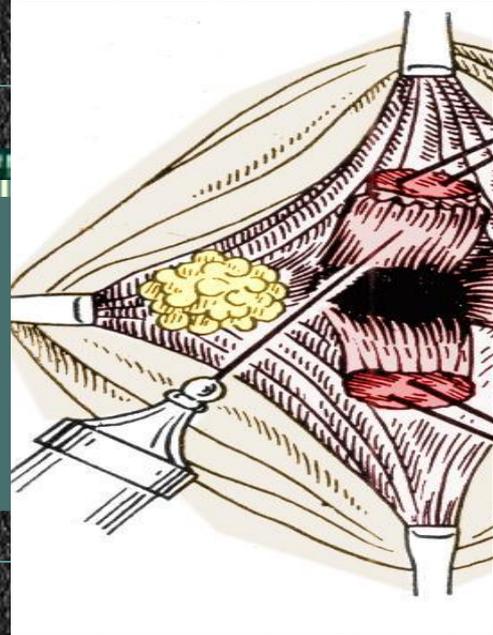
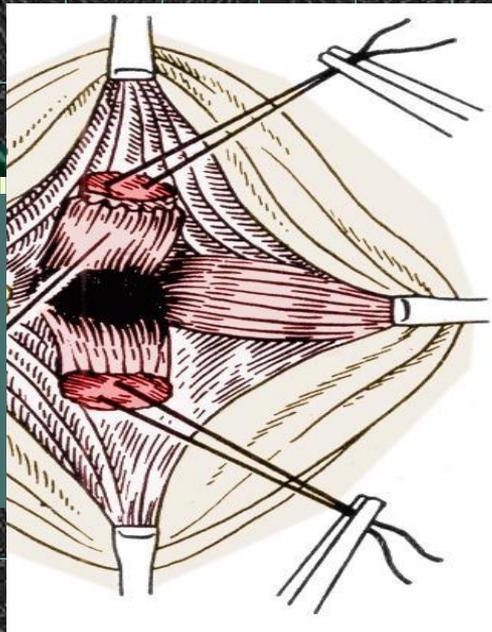
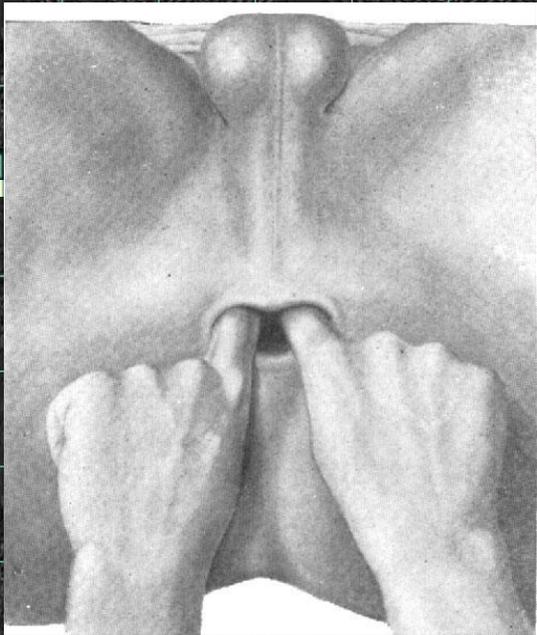


В прямокишечном венозном сплетении различают верхние и нижние геморроидальные сплетения.

В случае возникновения варикозного расширения верхнего геморроидального сплетения расположенного выше зубчатой линии отмечается внутренний геморрой, а варикозное расширение нижнего геморроидального сплетения расположенного ниже зубчатой линии – наружный геморрой.

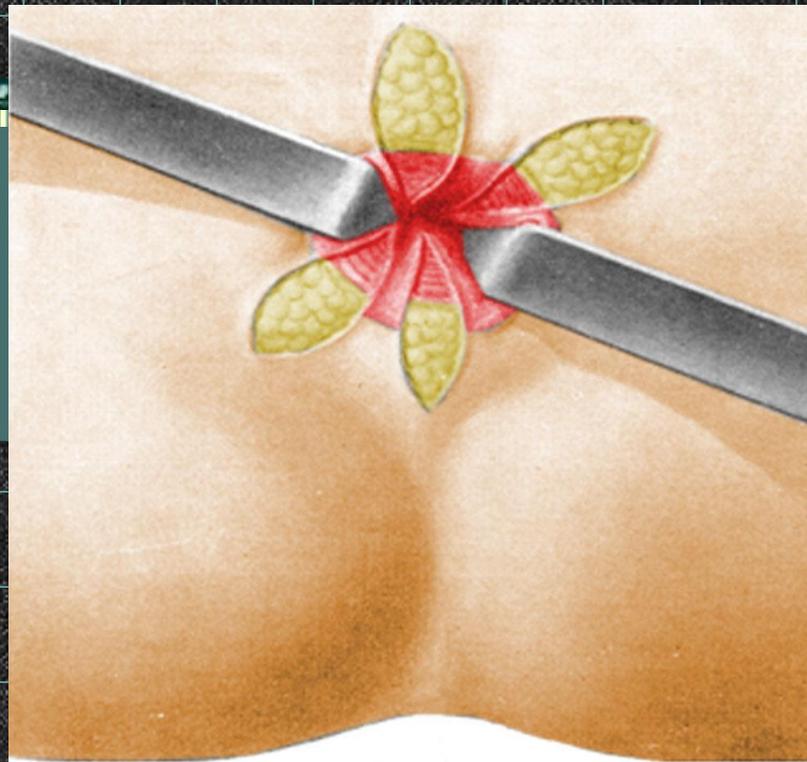
Геморроидэктомия по Миллиган-Моргану

Показания: острый тромбоз геморроидальных узлов.

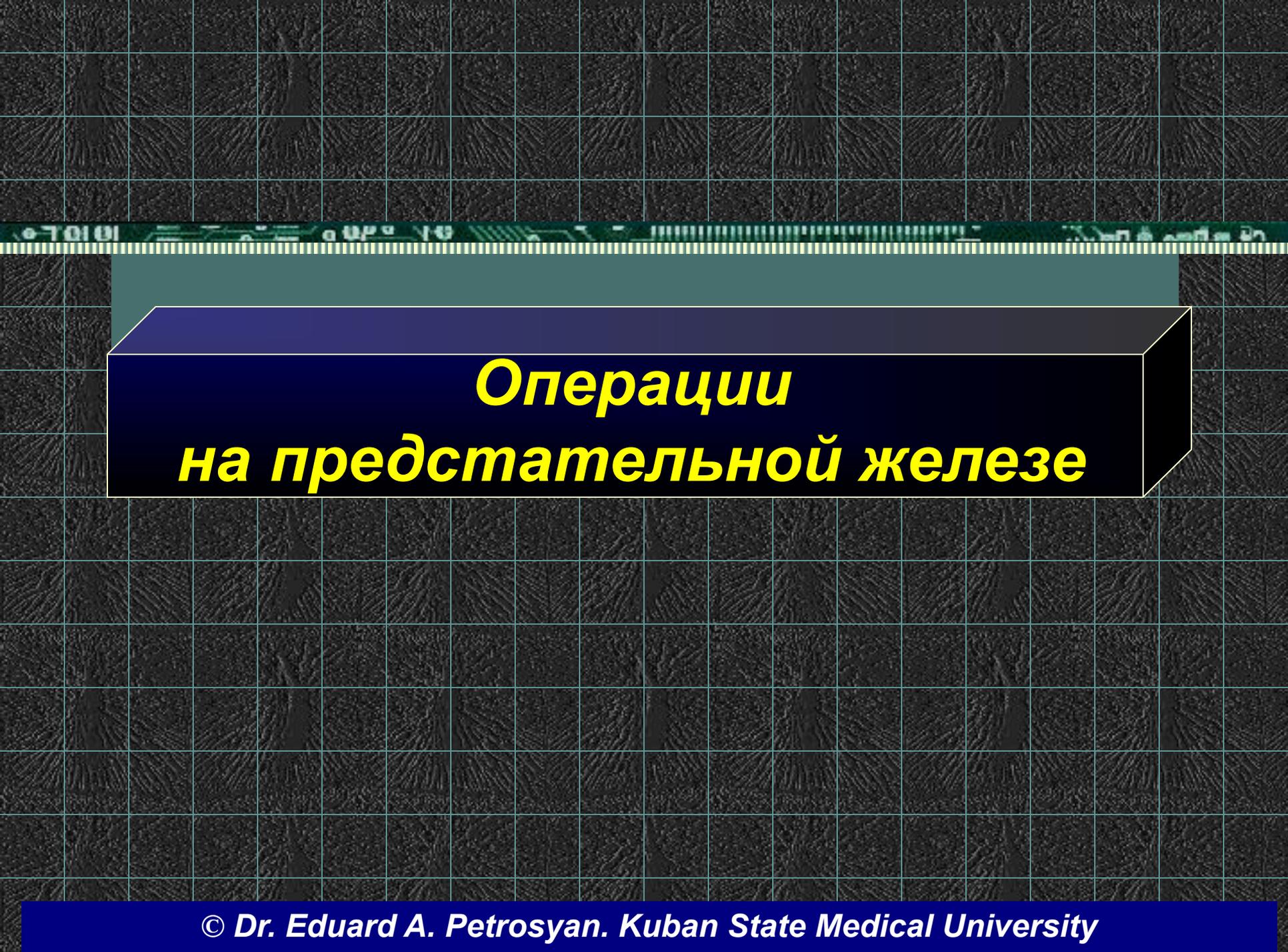


1. После анестезии проводят дивульсию заднепроходного канала и определяют расположение геморроидальных узлов.
2. Подтягивая окончатым зажимом дистальную часть узла из заднепроходного канала, определяют его ножку на которую выше зубчатой линии накладывают зажим (здесь нет нервных окончаний).
3. Двумя полуовальными разрезами рассекают слизистую оболочку вокруг шейки узла и перевязывают сосудистую ножку узла.
4. Далее отсекают дистальную часть узла выше лигатуры.

Геморроидэктомия по Миллиган-Моргану



5. Полученные раневые поверхности оставляют открытыми, которые заживают вторичным натяжением.



**Операции
на предстательной железе**

Аденомэктомия

Показания: доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)

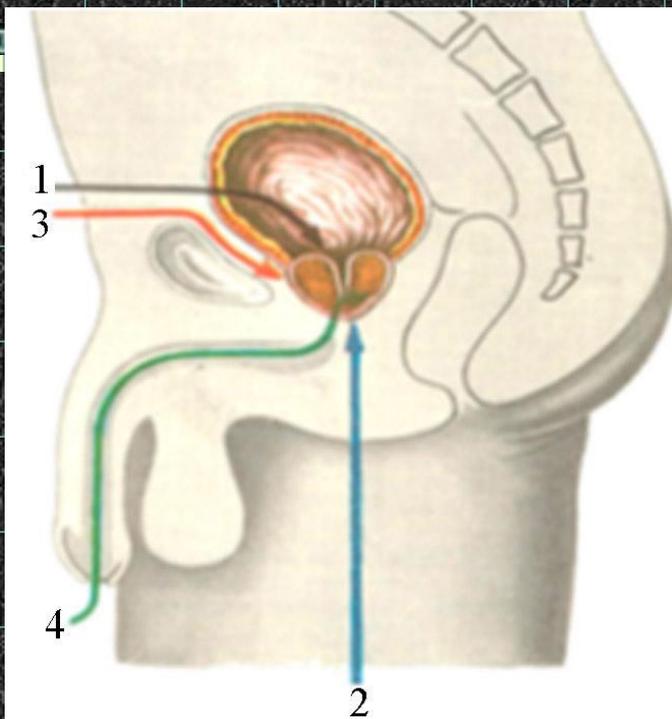
Единственным принятым во всем мире радикальным методом лечения, позволяющим избавить больного от доброкачественной гиперплазии предстательной железы, является оперативное вмешательство – аденомэктомия.

Для решения вопроса об оперативном лечении необходимо сочетание 3-х компонентов:

- 1. Гиперплазия предстательной железы.**
- 2. Обструкция мочеиспускательного канала ниже мочевого пузыря.**
- 3. Нарушение мочеиспускания.**

Аденомэктомия

Доступы к предстательной железе



1. Надлобковый
чреспузырный.

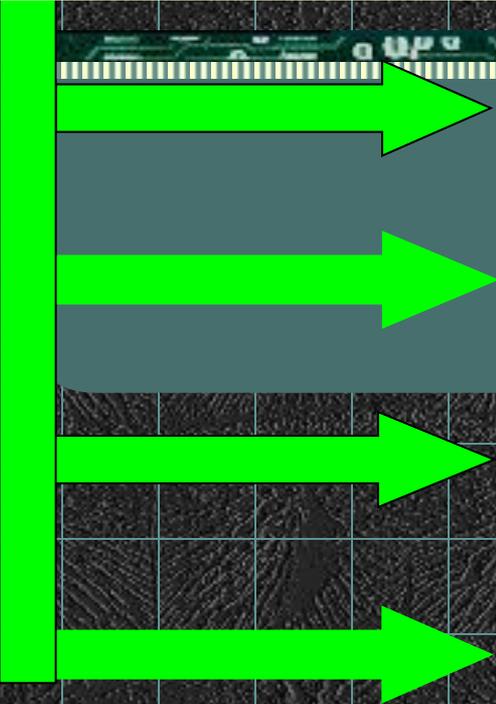
2. Промежностный.

3. Позадилобковый.

4. Трансуретральный.

Аденомэктомия

Различают следующие способы аденомэктомии:



1. Чреспузырная аденомэктомия «на глаз» и «вслепую».

2. Позадилобковая внепузырная аденомэктомия.

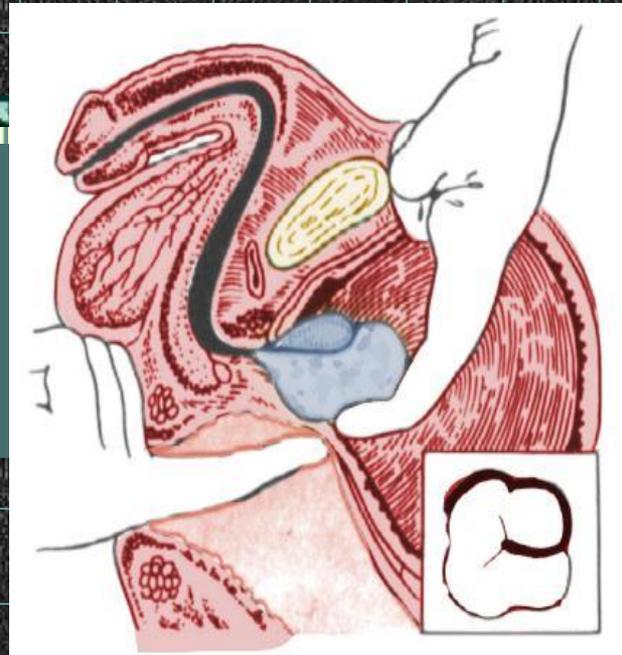
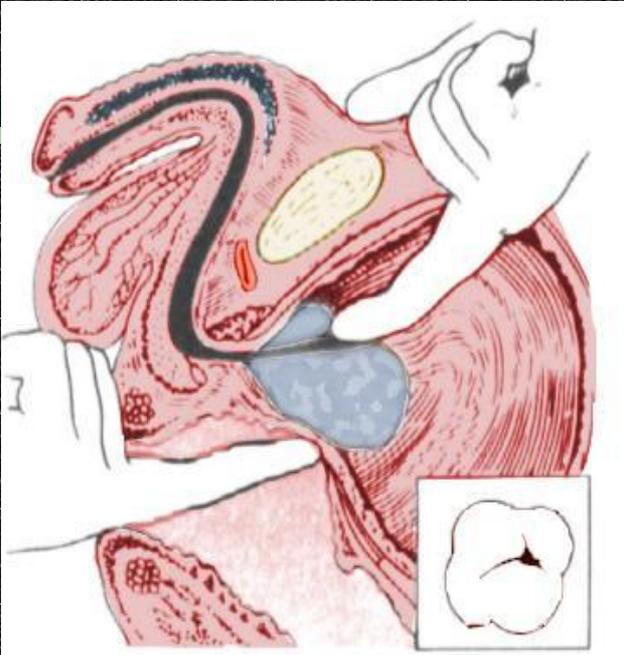
3. Промежностная аденомэктомия.

4. Трансуретральная резекция.

Чрезпузырная аденомэктомия “вслепую”

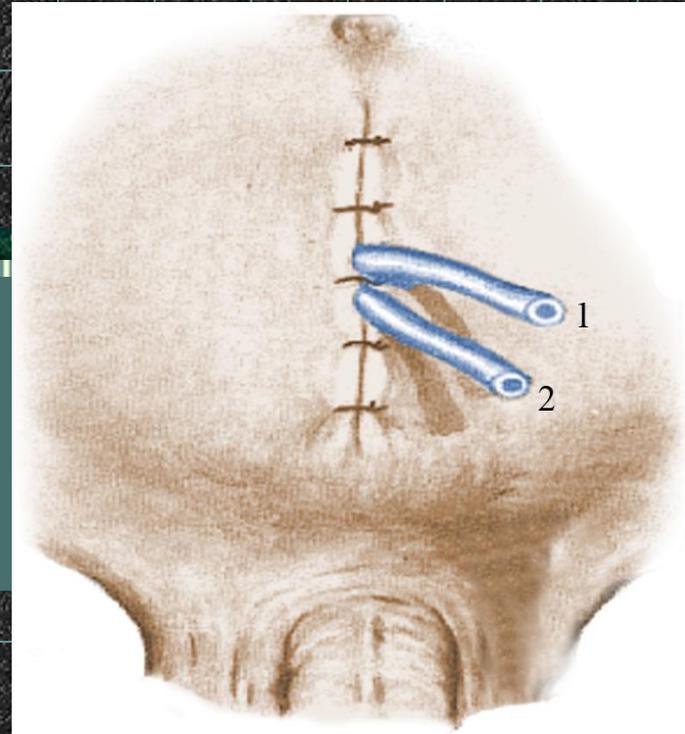
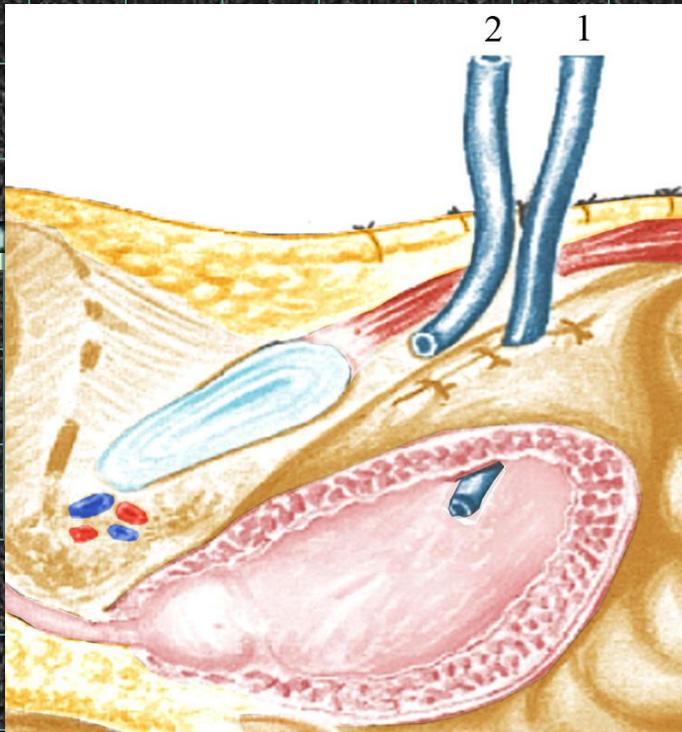
- 1. Положение больного на операционном столе по Тренделенбургу.**
- 2. Предварительно проводят катетеризацию мочевого пузыря.**
- 3. Выполняют доступ по Кейю.**
- 4. Вскрывают переднюю стенку мочевого пузыря между двумя лигатурами-держалками.**
- 5. Отступя на 0,5 см в сторону от внутреннего отверстия уретры, циркулярно **надсекают** слизистую и мышечную оболочки **до** капсулы предстательной железы.**

Чрезпузырная аденомэктомия “вслепую”



6. **Указательный** палец левой руки **в перчатке** вводят в прямую кишку и поддают **им железу** кверху, а указательный палец правой руки проникает в слой между хирургической капсулой и аденомой, **осуществляя в дальнейшем ее** вылуцивание по всему периметру.

Чрезпузырная аденомэктомия “вслепую”

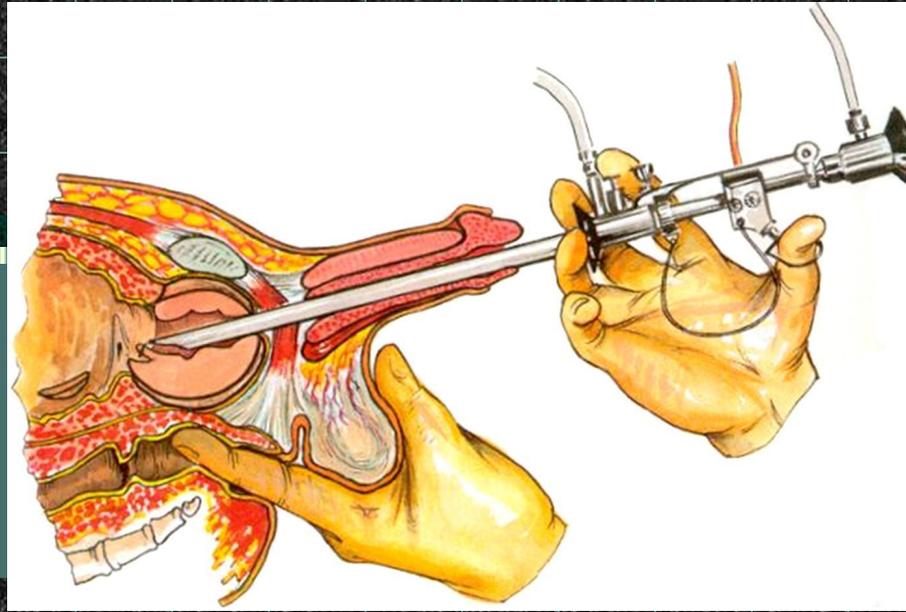


7. **Проводят** контроль на гемостаз ложа **предстательной железы**.
8. **Устанавливают** дренажные трубки в просвет мочевого пузыря и к ложу **предстательной железы**.
9. Стенку **мочевого пузыря** ушивают **субмукозным швом наглухо до дренажа**.

Преимущества: возможность выполнить операцию при любом типе роста и размерах аденомы предстательной железы.

Осложнения: возможность образования стриктуры мочеиспускательного канала.

Трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы



1. **Под контролем цистоскопа петлей резектоскопа удаляют гиперплазированную ткань предстательной железы до ее капсулы. При этом для предотвращения недержания мочи сохраняют семенной бугорок.**
2. **После операции в уретру на 24-48 часов устанавливают постоянный катетер Померанцева-Фолея после извлечения которого восстанавливается самостоятельное мочеиспускание.**

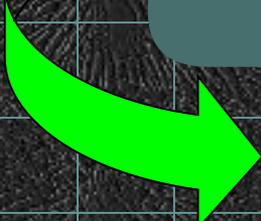
Осложнения ТУР:

1. **Перфорация стенки мочевого пузыря.**
2. **Кровотечение.**
3. **Абсорбция жидкости из мочевого пузыря (ТУР-синдром).**

Оперативное лечение крипторхизма

Крипторхизм – аномалия развития, характеризующаяся отсутствием яичка в мошонке.

Способы низведения яичка в мошонку

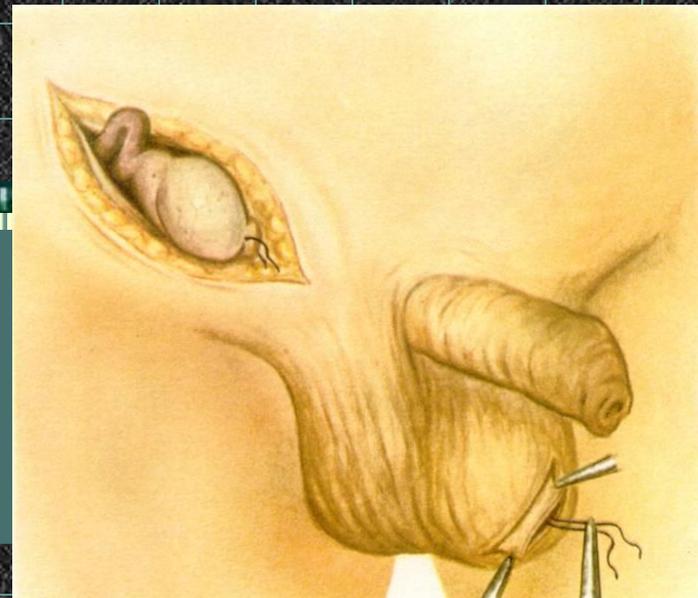
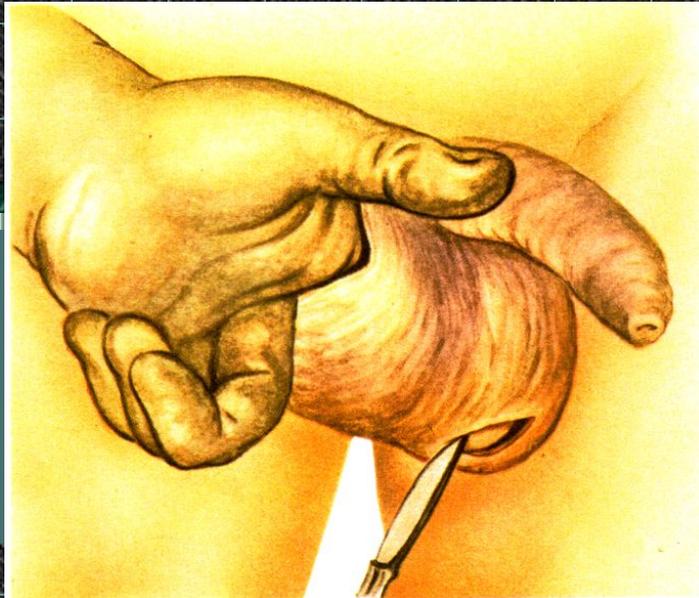


Одномоментное *низведение яичка по Омбредану.*

Двухмоментное *низведение яичка по Китли-Тореку-Герцену.*

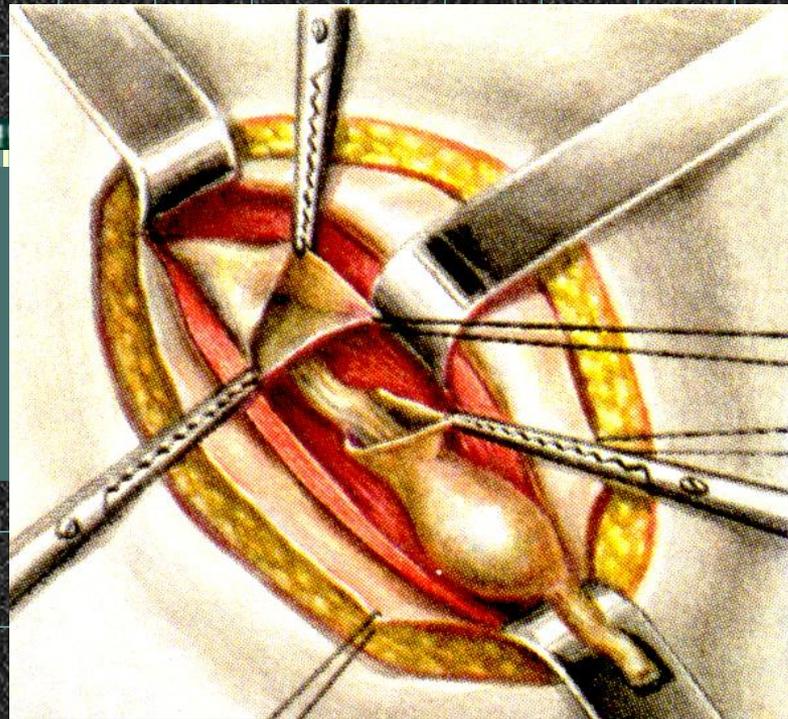
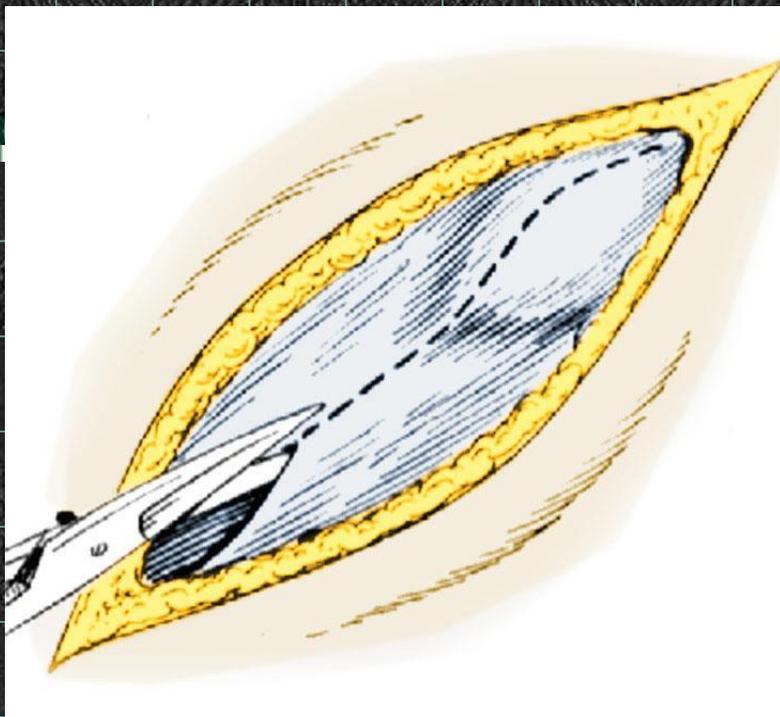


Низведение яичка по Омбрдану



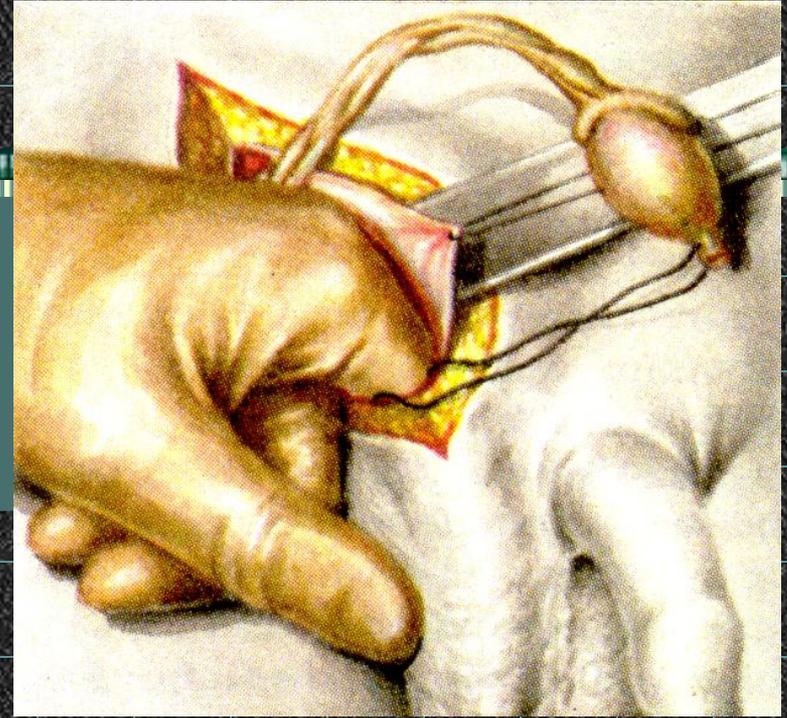
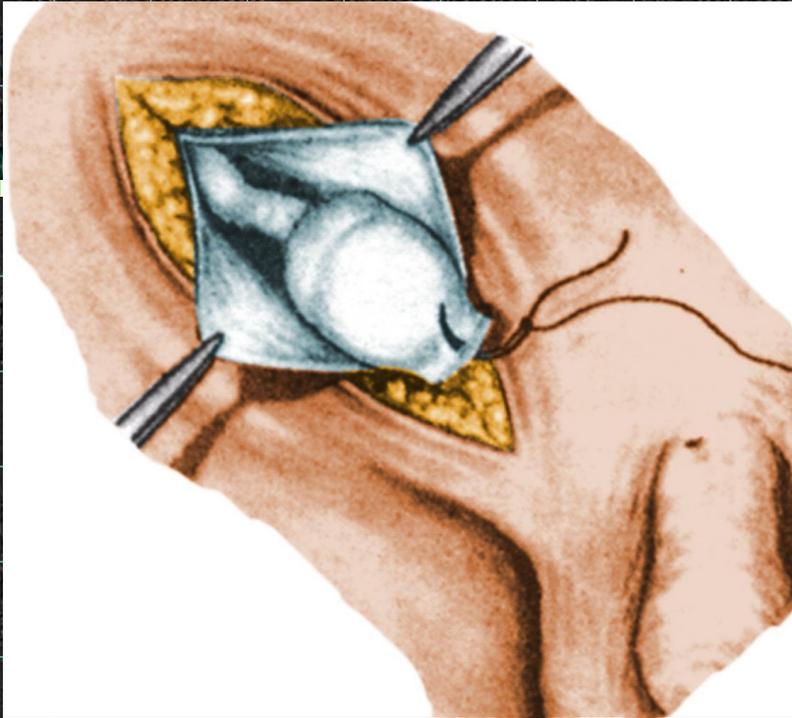
1. **Выполняют разрез в паховой области выше и параллельно паховой связки.**
2. **Рассекают переднюю стенку пахового канала и проникают в паховый канал.**
3. **Указательным пальцем тупо проникают в мошонку и рассекают перегородку мошонки.**
4. **Лигатурой прошивают остатки гунтерова тяжа яичка и корнцангом проводят яичко в противоположенную половину мошонки через разрез в перегородке.**
5. **Фиксируют яичко к стенке мошонки.**
6. **Ушивают разрез в перегородке и выполняют пластику передней стенки пахового канала.**

Операция Китли-Торека-Герцена



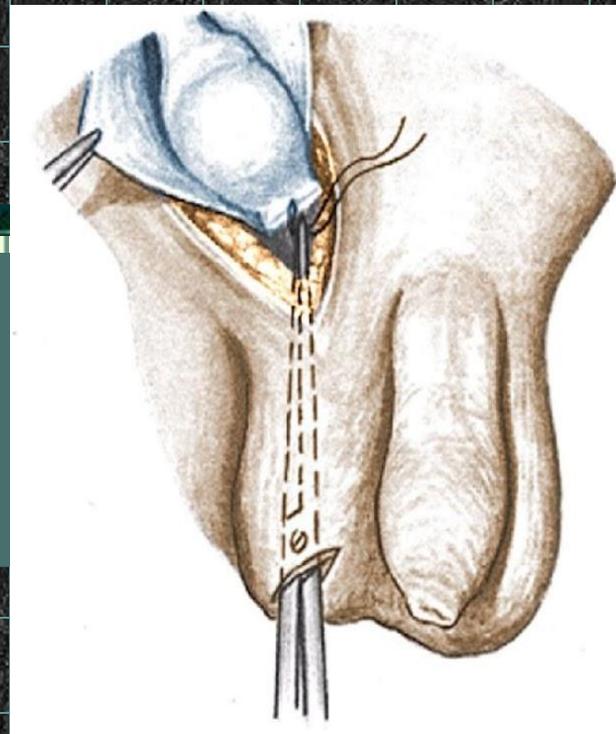
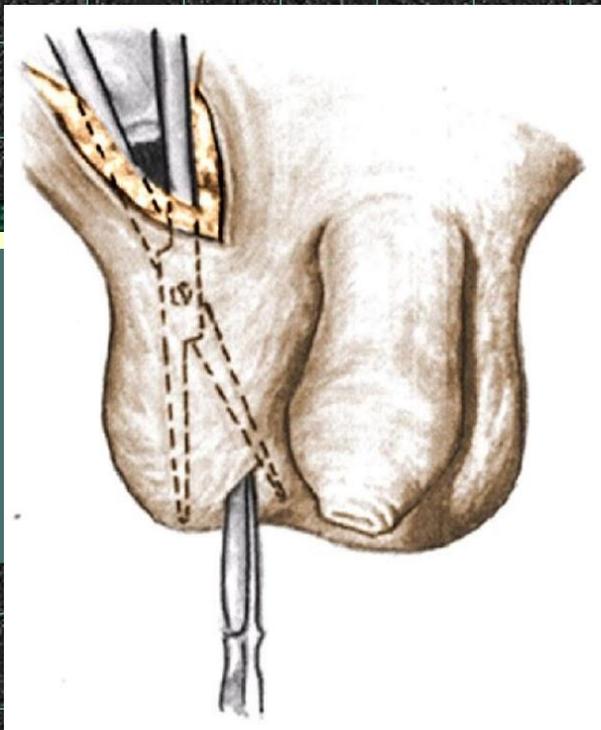
1. **Выполняют разрез в паховой области выше и параллельно паховой связки.**
2. **Рассекают переднюю стенку пахового канала и проникают в паховый канал.**
3. **Выделяют влагалищный отросток брюшины, рассекают его поперечно и перевязывают проксимальную часть.**
4. **Выделяют семенной канатик из окружающих тканей.**

Операция Китли-Торека-Герцена



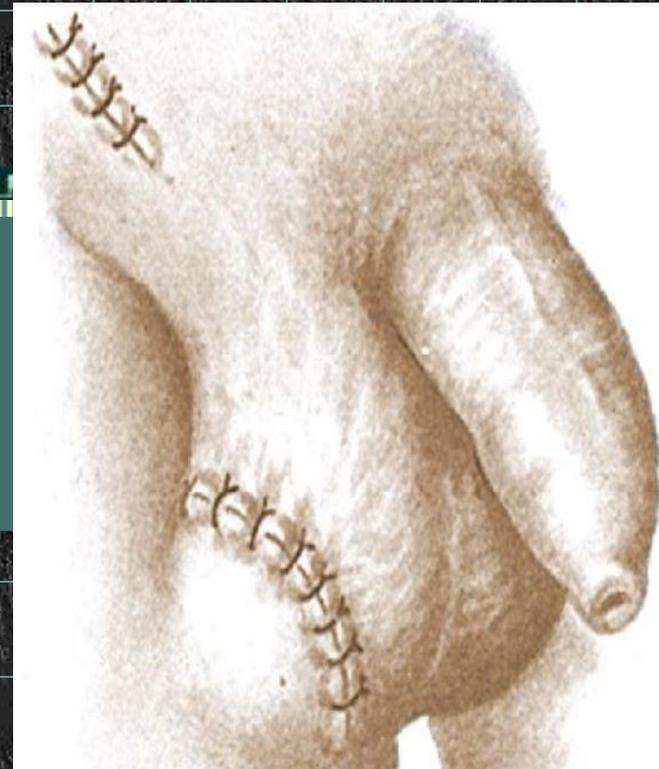
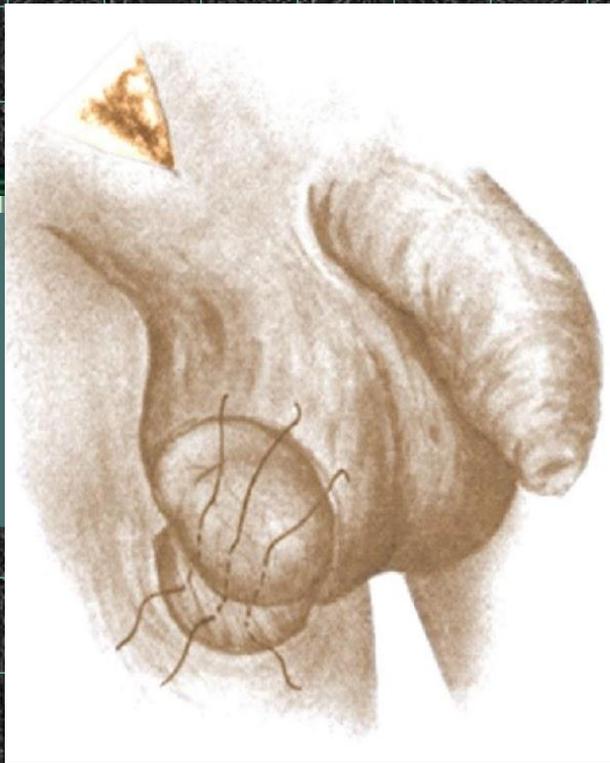
5. **Рассекают продольно дистальный отрезок влагалищного отростка брюшины и прошивают гунтеров тяж.**
6. **Указательным пальцем тупо проникают в мошонку и формируют ложе для яичка.**

Операция Китли-Торека-Герцена



7. В мошонку вводят корнцанг и над раскрытыми его браншами в области дна рассекают кожу.
8. Корнцангом введенным через разрез в области дна мошонки низводят яичко за конец нити подшитой к гунтеровому тяжу.
9. На внутренней поверхности бедра, соответственно уровню разреза на мошонке обнажают широкую фасцию, к которой и подшивают яичко за белочную оболочку.

Операция Китли-Торека-Герцена



10. Края разреза кожи мошонки **сшивают** с краями разреза кожи бедра, **образуя** бедренно-мошоночный анастомоз.
11. **Проводят** пластику передней стенки **пахового канала**.
12. **Через 3-4 месяца путем** рассечения бедренно-мошоночного анастомоза, **яичко** перемещают в мошонку **и зашивают раны на бедре и мошонке**.

Операции при водянке оболочек яичка

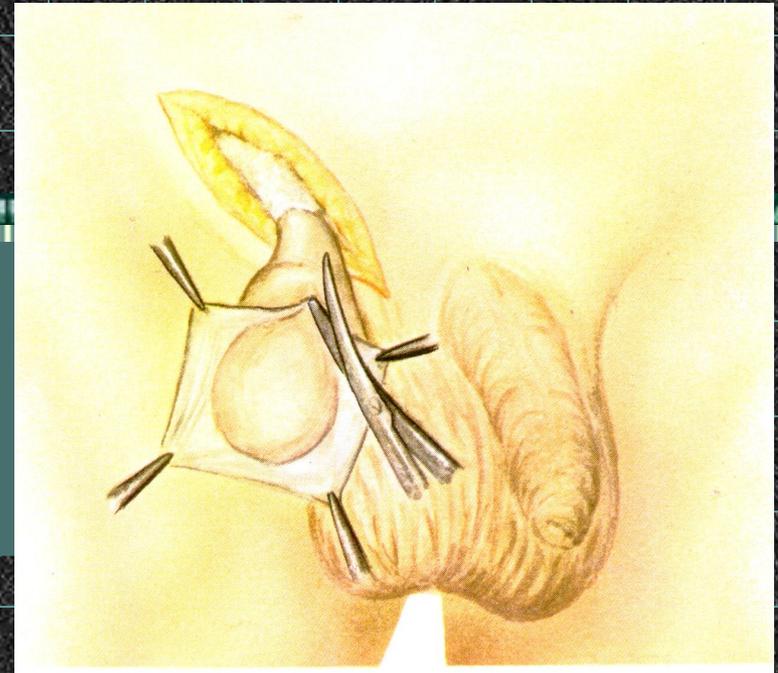
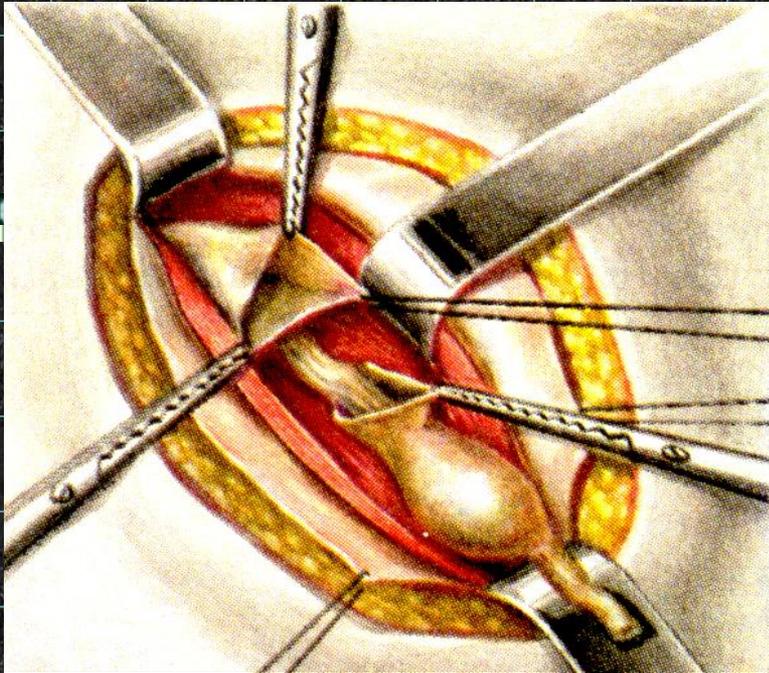
Водянка оболочек яичка (гидроцеле) – скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листками влагалищной оболочки яичка.

Классификация водянки яичка

Врожденная

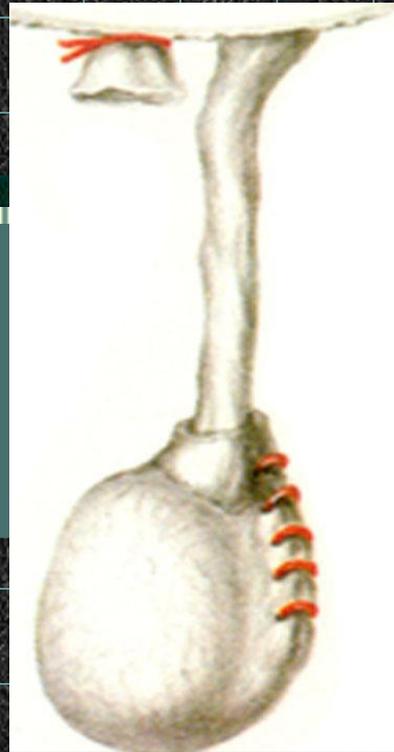
Приобретенная

Операция Винкельмана



1. **Проводят разрез в паховой области с переходом на передней наружную поверхность мошонки.**
2. **Рассекают переднюю стенку пахового канала и выводят в рану водяночную опухоль с яичком.**
3. **Рассекают поперечно влагалищный отросток брюшины не повреждая семенного канатика.**
4. **Продольно рассекают переднюю стенку влагалищной оболочки яичка от верхнего до нижнего полюса и выводят яичко в рану.**

Операция Винкельмана



5. **Перевязывают проксимальный отдел влагалищного отростка брюшины и удаляют дистальный.**
6. **Оболочку яичка выворачивают серозным покровом наружу и сшивают её края непрерывным швом позади яичка и семенного канатика.**
7. **Погружают яичко в мошонку.**
8. **Проводят пластику передней стенки пахового канала и зашивают кожу.**

Операция при варикоцеле

Варикоцеле – варикозное расширение вен семенного канатика и лозовидного сплетения.

Операция Иванисевича

1. **Проводят** переменный доступ **в** левой паховой области.
2. **Смещают** кнутри брюшинный мешок **и** входят во внебрюшинное пространство.
3. **У** глубокого пахового кольца **находят** **и** пересекают **между** двумя зажимами левую яичковую вену (*v. testicularis sinistra*).
4. Проксимальный конец **вены** **перевязывают**.
5. **В просвет** дистального конца левой яичковой вены **вставляют** носик зажима «москит» **и** разводят бранши.
6. **Массируя** левую половину мошонки **выдавливают** из лозовидного сплетения кровь, **что способствует** регрессии венозных узлов.
7. **Перевязывают** дистальный конец яичковой вены.
8. **Рану в паховой области зашивают** послойно.

Операции при фимозе

Операция при фимозе

Фимоз – сужение отверстия крайней плоти.

Классификация фимоза

```
graph TD; A[Классификация фимоза] --> B[Врожденный]; A --> C[Приобретенный];
```

Врожденный

Приобретенный

Операция при фимозе

Методы лечения фимоза

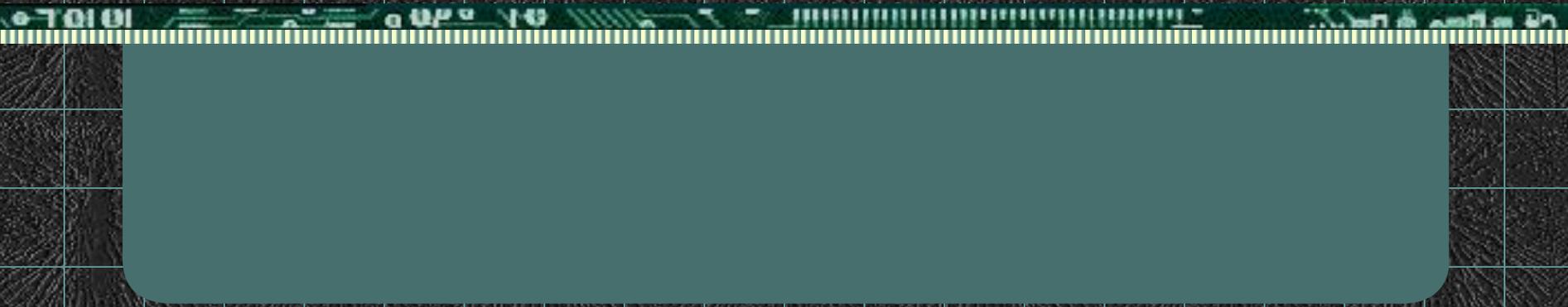
Консервативные

Расширение отверстия
крайней плоти.

Оперативные

1. *Круговое иссечение крайней плоти (циркумцизио).*
2. *Пластическая операция.*

Круговое иссечение крайней плоти

- 
1. Через наружное отверстие в полость крайней плоти до венечной борозды проводят желобоватый зонд.
 2. Крайнюю плоть оттягивают вперед и оба ее листка (париетальный и висцеральный) по дорсальной поверхности продольно рассекают по зонду.
 3. Затем циркулярно иссекают два получившихся лоскута по сторонам от венечной борозды.

Click to edit the notes format

Операции при парафимозе

Парафимоз – ущемление шейки полового члена с нарушением венозного оттока и мочеиспускания, но с сохранением артериального притока.

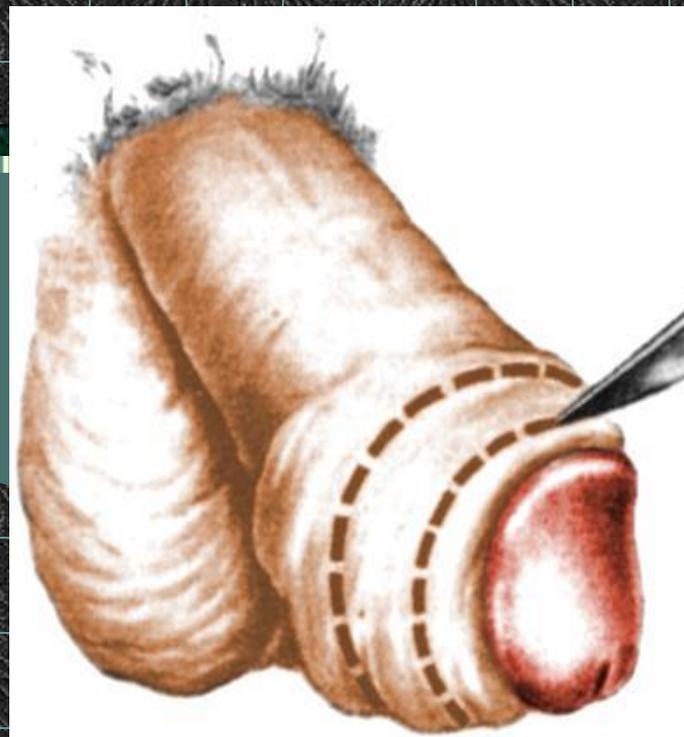
Методы лечения парафимоза

Консервативные

Оперативные

Click to edit the notes format

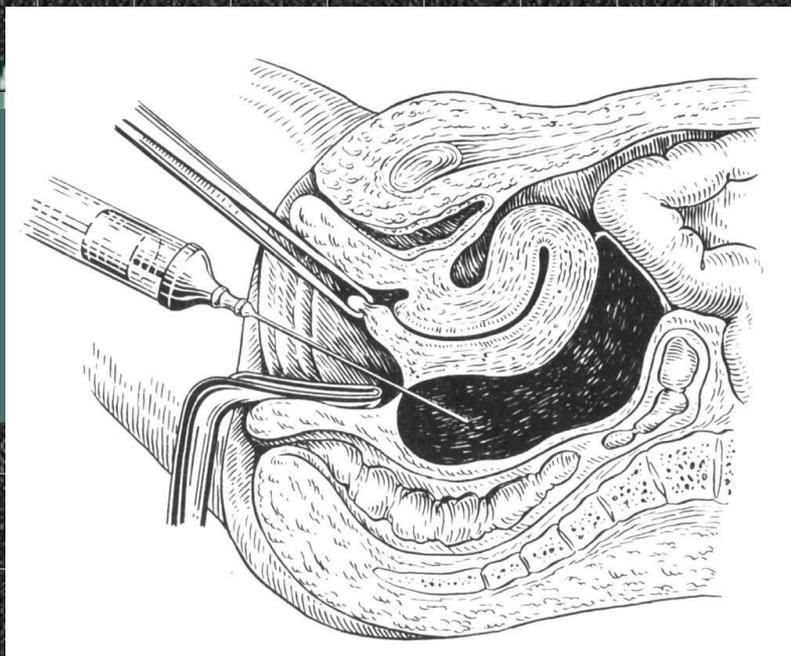
Оперативное лечение парафимоза способу Гаека-Рошала



1. Двумя циркулярными разрезами по выпуклой поверхности ущемляющего кольца выкраивают и удаляют лоскут париетального листка крайней плоти шириной до 1.0 см.
2. После этого края раны ушивают кетгутовыми швами.

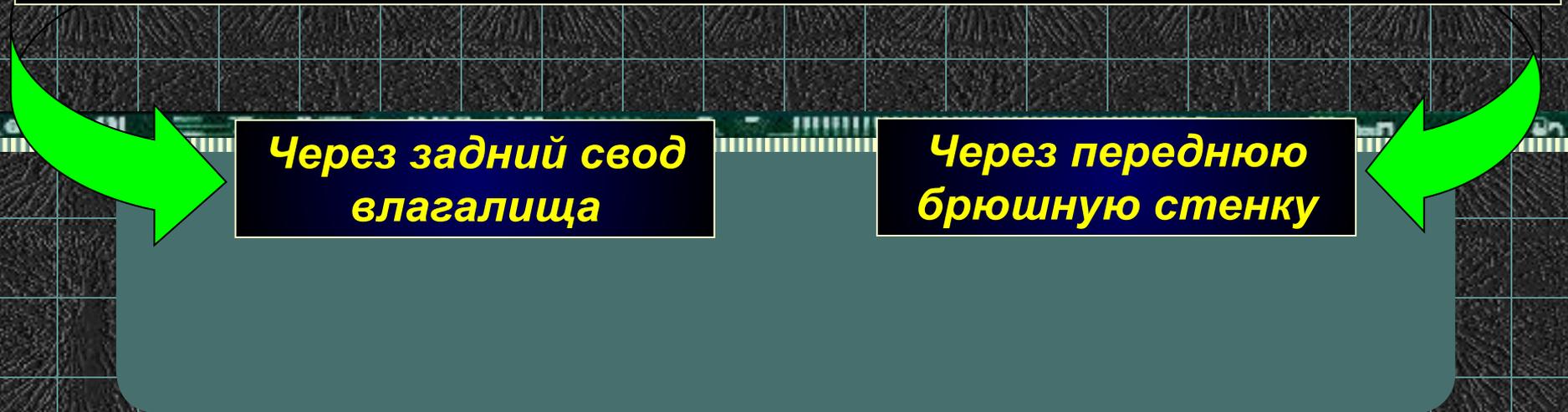
Пункция заднего свода влагалища

Показания: диагностика внутрибрюшного кровотечения или гнойного пельвиоперитонита.



1. Во влагалище вводят зеркала, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу шейки матки и подтягивают её кпереди, **растягивая при этом** задний свод влагалища.
2. В центре **заднего свода** влагалища **проводят** пункцию прямокишечно-маточного углубления (заднего Дугласового углубления).

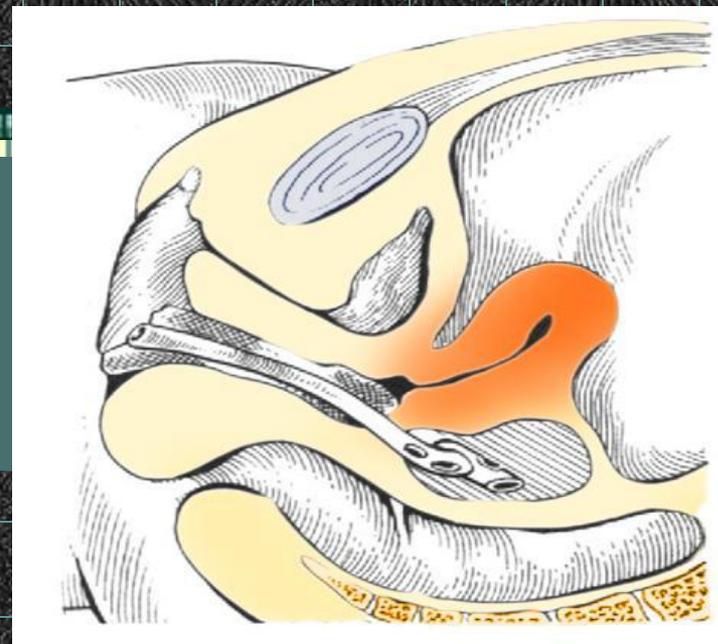
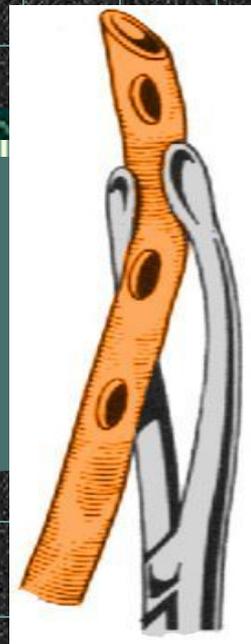
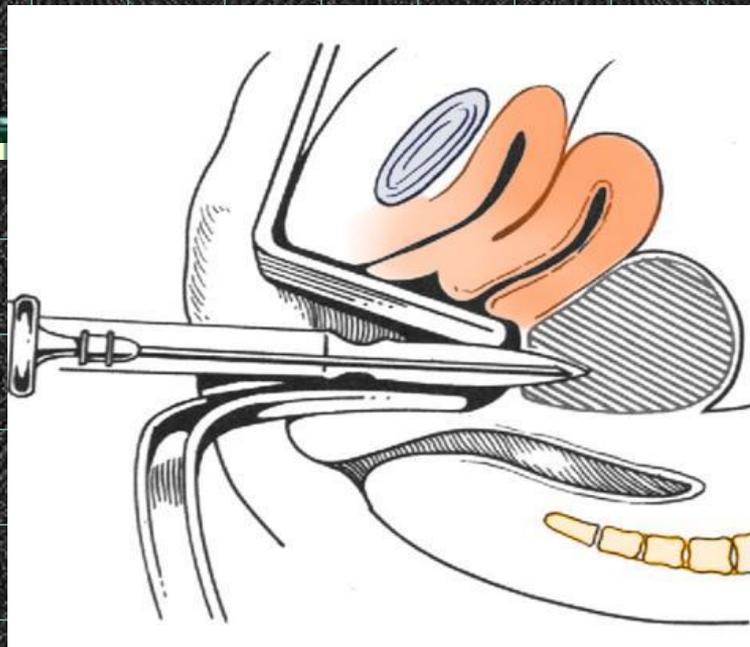
Дренаживание женского таза



**Через задний свод
влагалища**

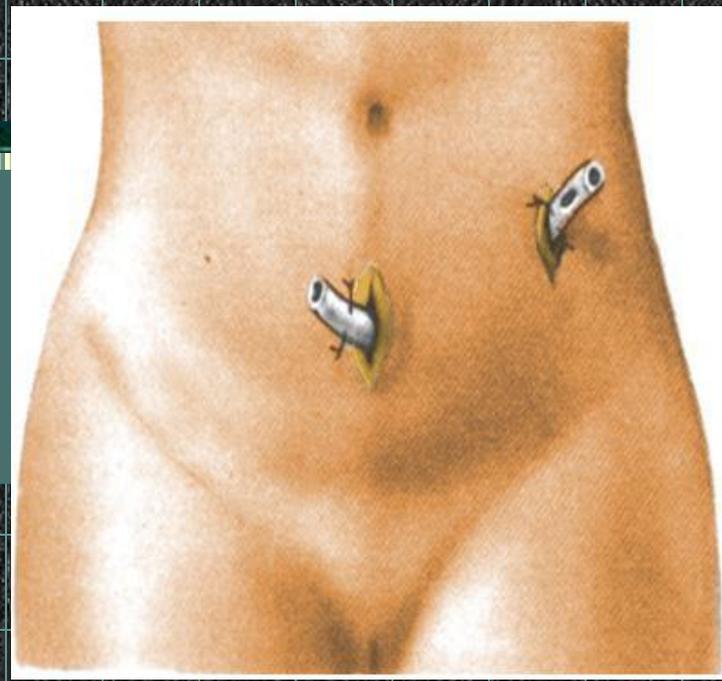
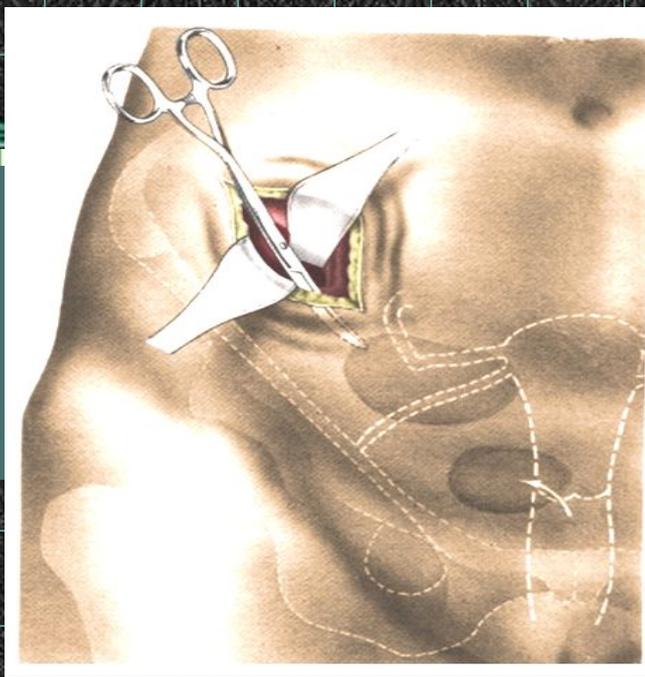
**Через переднюю
брюшную стенку**

Дренирование женского таза через задний свод влагалища



1. После **пункции заднего свода влагалища** иглу не извлекают, а **рядом и параллельно** проводят в гнойник скальпель, режущей поверхностью обращенный к шейке матки.
2. В отверстие проводят корнцанг, **раздвигают** бранши и **вводят** дренажную трубку.

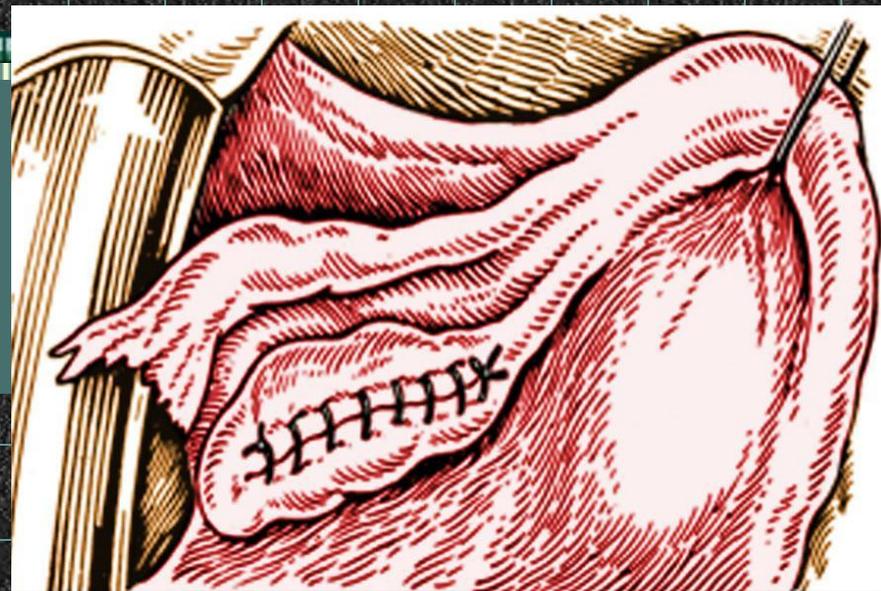
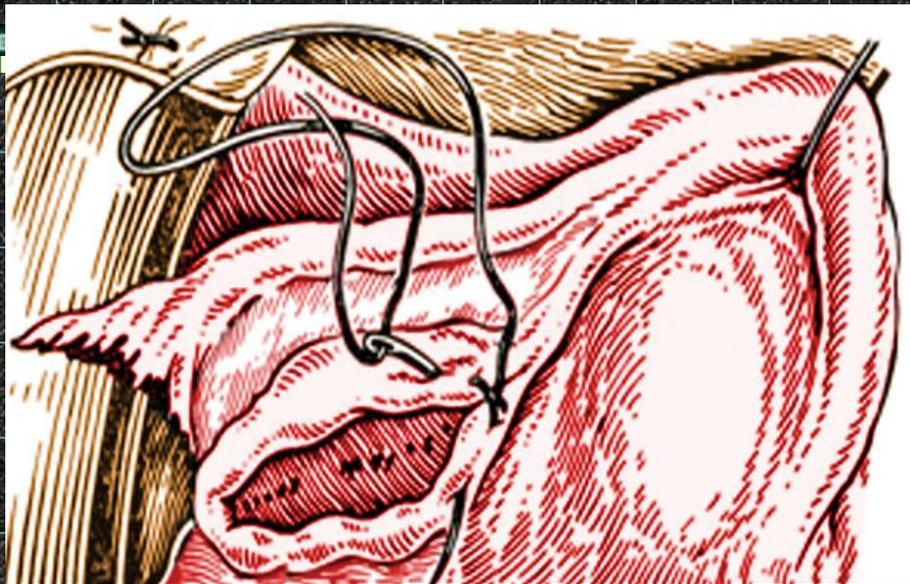
Дренирование женского таза через переднебоковую стенку живота



- 1. При локализации гнойника в паховой области его вскрывают над инфильтратом и дренируют.**
- 2. При разлитом пельвиоперитоните брюшную полость дренируют через лапаротомный разрез и контрапертуры в боковых отделах живота.**
- 3. Целесообразно проведение дополнительного дренирования брюшной полости через задний свод влагалища.**

Клиновидная резекция яичника

Показания: склеро-кистозные процессы



Клиновидно иссекают ткань яичника с поверхности обращенной в брюшную полость. Рану ушивают отдельными узловыми швами.

Классификация внематочной беременности

Трубная

Яичниковая

Брюшная

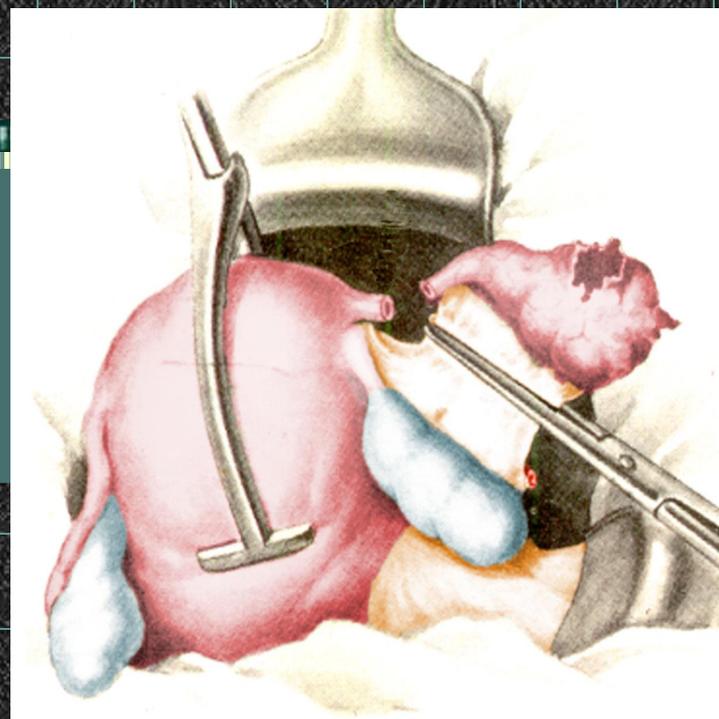
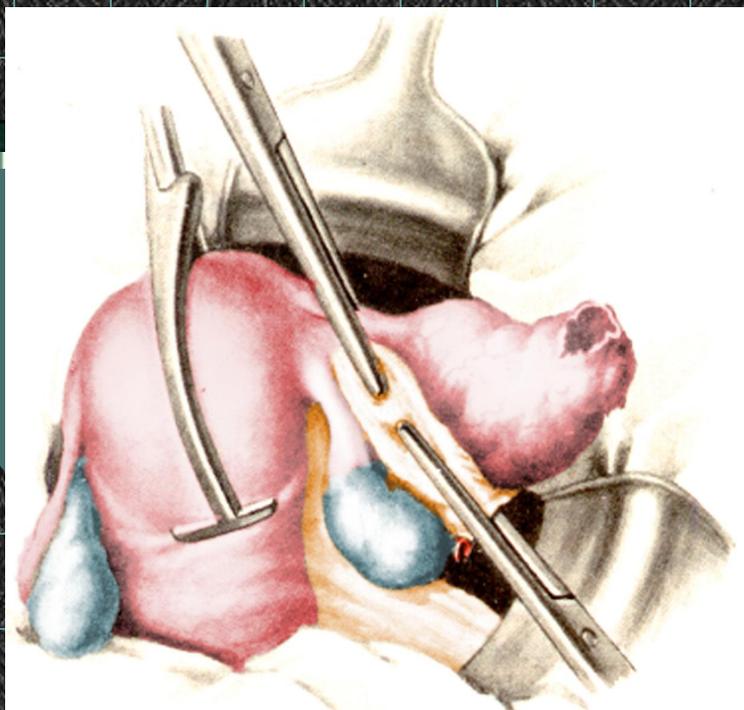
**В ампулярном отделе
маточной трубы**

**В истмическом отделе
маточной трубы**

**В интерстициальном отделе
маточной трубы**

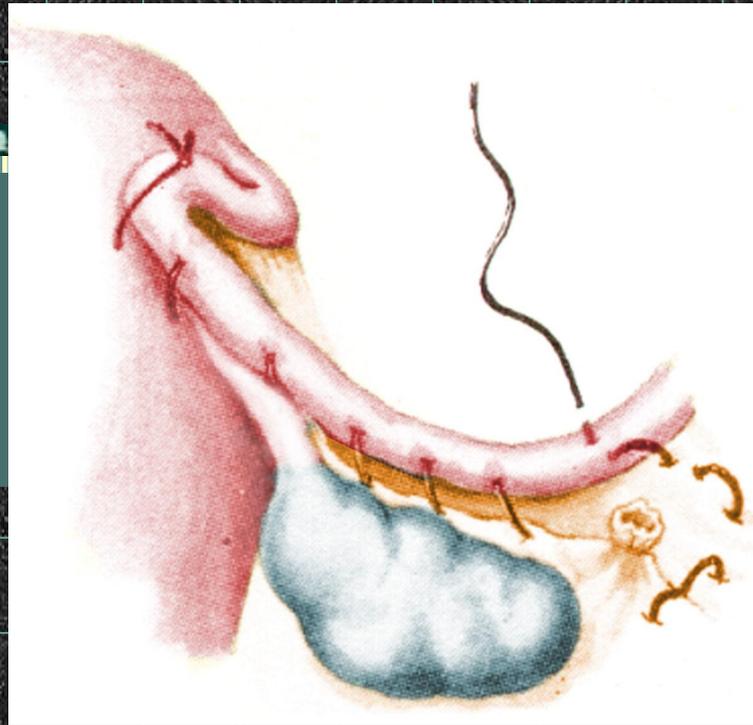
Удаление маточной трубы

Показания: нарушенная трубная беременность



1. **Положение больной по Тренделенбургу.**
2. **Катетеризация мочевого пузыря.**
3. **Доступ по Пфанненштилю.**
4. **В рану выводят маточную трубу.**
5. **На маточную трубу накладывают:**
 - **зажим** со стороны дна матки **с захватом** участка её брыжейки;
 - **зажим** с противоположной стороны **на брыжейку маточной трубы и на поддерживающую связку яичника.**

Удаление маточной трубы



5. **Отсекают и перевязывают маточный конец трубы.**
6. **Культю маточной трубы перитонизируют круглой связкой матки.**
7. **Непрерывными швами круглую связку соединяют с маткой, остатками брыжейки маточной трубы и собственной связкой яичника.**
8. **Послойные швы на рану.**

Кесарево сечение

Кесарево сечение – операция, при которой вскрывают беременную матку и из нее извлекают плод, обходя цервикальный канал.

Требования к проведению кесарева сечения:

- 1. Матери не должна угрожать опасность для жизни.**
- 2. Плод должен быть живым.**

Показания:

Абсолютные

Невозможность извлечения плода через естественные родовые пути. Роды представляют угрозу для жизни матери и плода.

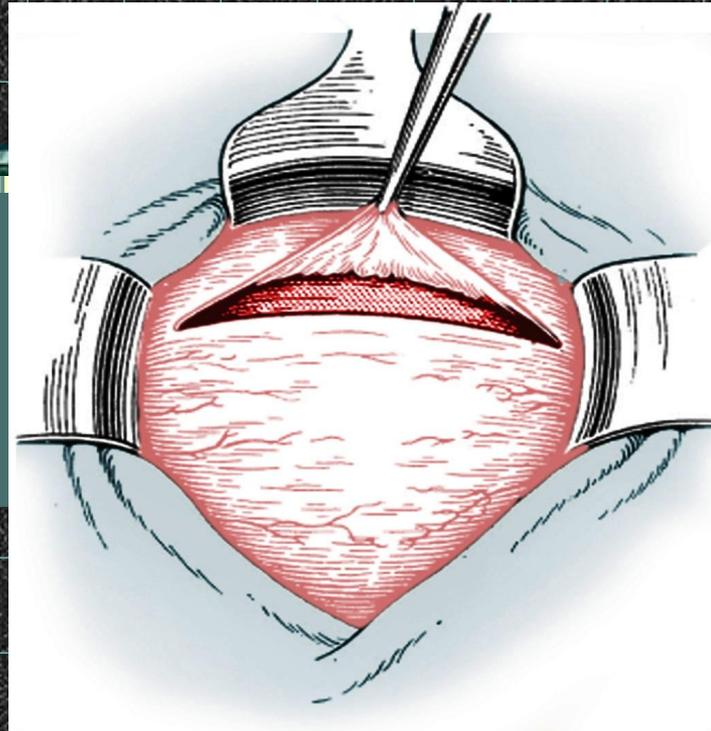
Относительные

Узкий таз, предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты, опухоли матки.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

- 1. Выполняют доступ по Пфанненштилю.**
- 2. Поперечно *рассекают* апоневроз наружной косой мышцы живота *и* отслаивают верхний *и* нижний края апоневроза *от* прямых мышц живота.**
- 3. Разводят прямые мышцы живота в стороны.**
- 4. Тупо пальцем вскрывают брюшину *и* обнажают беременную матку.**
- 5. Ротируют *беременную* матку влево, *чтобы* избежать разреза левого ребра матки *и* её сосудисто-нервный пучок.**
- 6. Ориентиром срединного положения матки служат круглые связки.**

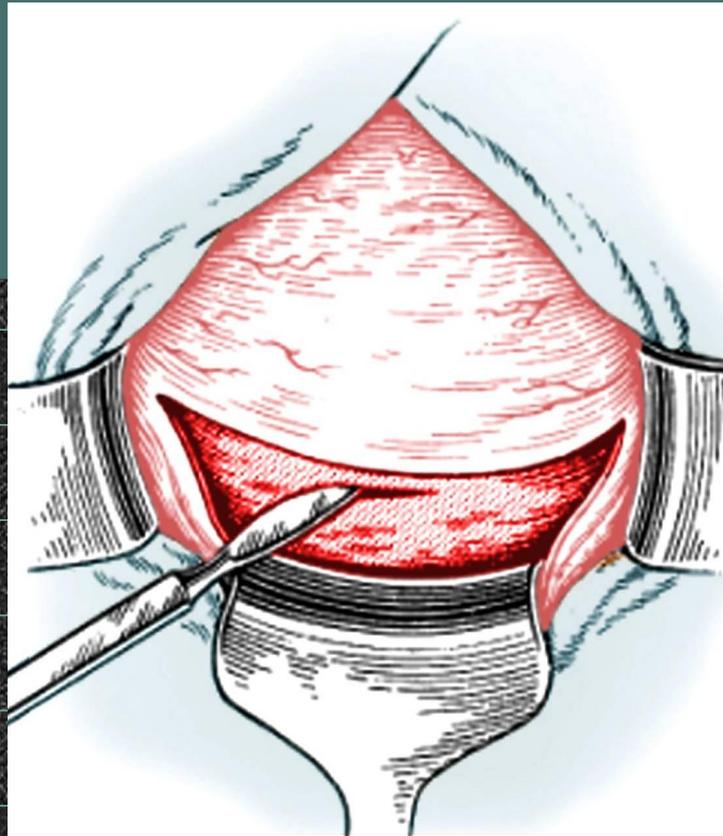
Кесарево сечение в нижнем сегменте матки



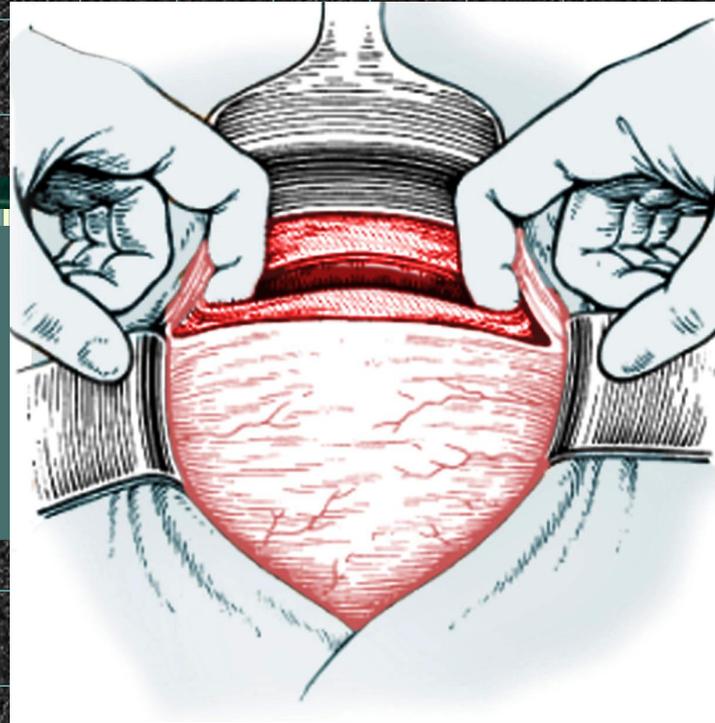
- 7. Находят** пузырно-маточную складку брюшины **и на 2-3 см выше** места её прикрепления к мочевому пузырю **проводят** ее поперечное рассечение между правой **и** левой круглыми связками матки.
- 8. Нижний край** складки **сдвигают в сторону** влагалища, **обнажая** нижний сегмент матки.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

9. В нижнем сегменте матки выполняют поперечный разрез длиной 1 см по Керру-Гусакову.



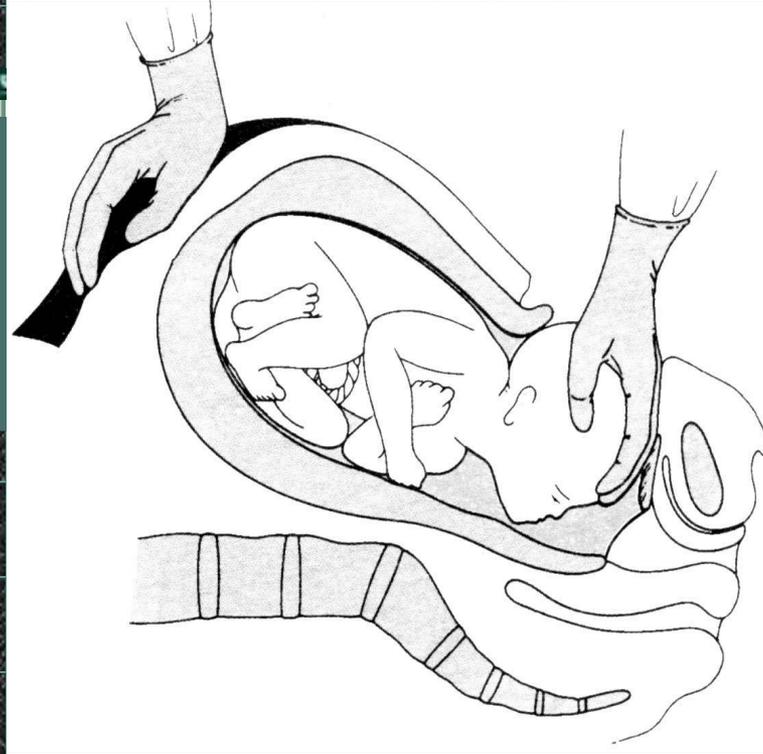
Кесарево сечение в нижнем сегменте матки



10. Указательными пальцами расширяют рану до крайних точек периферии головки и отслаивают плодный пузырь от стенки матки.

Недостатки: трудность расширения разреза при его несоответствии размерам плода.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

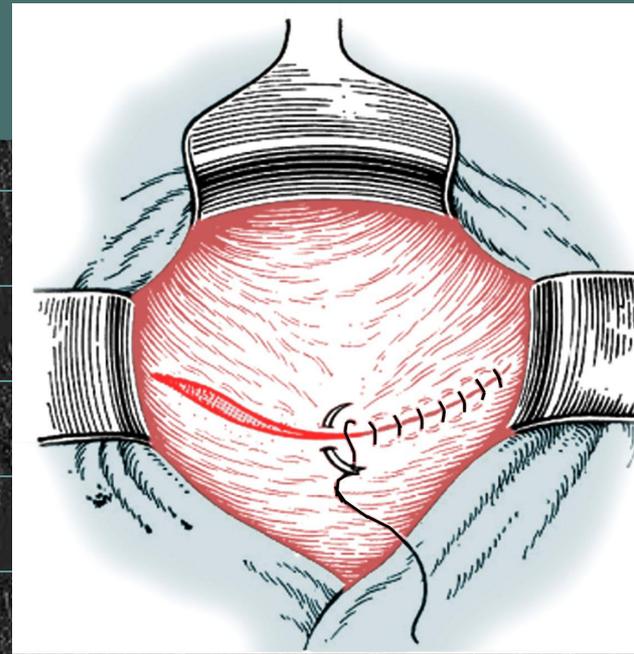
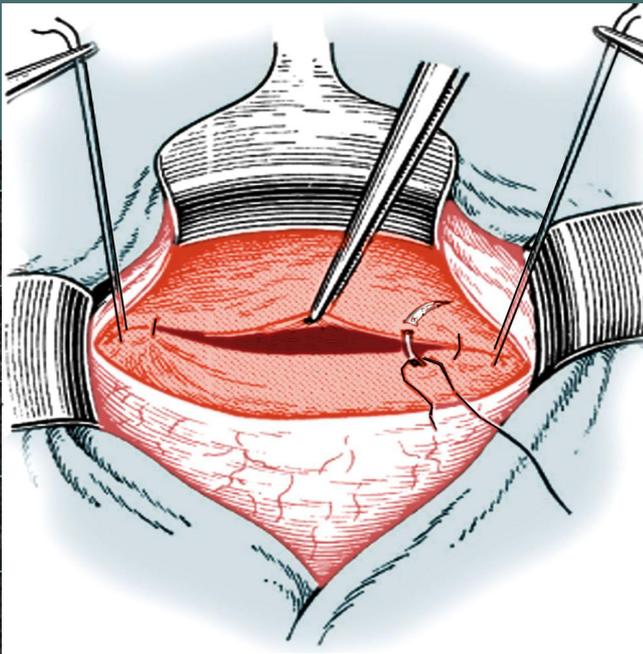


11. Извлечения плода из матки, удаление последа.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

При ушивании стенки матки может быть использован:

1. Шов как с захватом слизистой, так без неё; как непрерывный, так и отдельный узловый шов.
2. Поверх данных швов проводится перитонизация матки листками пузырно-маточной складки брюшины.



Недостатки: риск расхождения рубца и разрывы матки при последующих беременностях.